



INSTITUTO SUPERIOR
MIGUEL TORGA

Margarida Pocinho

PESO, INSATISFAÇÃO CORPORAL, DIETAS E PATOLOGIA ALIMENTAR

Um contributo para a sua compreensão

Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias
Psicossociais

Coimbra, 2000



Margarida Pocinho

PESO, INSATISFAÇÃO CORPORAL, DIETAS E PATOLOGIA ALIMENTAR

Um contributo para a sua compreensão

Dissertação Apresentada ao Instituto
Superior Miguel Torga para Obtenção do
Grau de Mestre

Orientador: Professor Doutor José Pinto Gouveia

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE DE QUADROS | 3 |
| AGRADECIMENTOS | 5 |
| PREFÁCIO | 6 |
| INTRODUÇÃO | 8 |
| PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 9 |
| ADOLESCÊNCIA E METAMORFOSES: O EU CORPORAL | 10 |
| <i>Construção da identidade</i> | 12 |
| Primeira Individuação | 14 |
| Segunda Individuação | 16 |
| <i>O desenvolvimento estatoponderal e morfológico.</i> | 21 |
| <i>Desenvolvimento psicológico da adolescência.</i> | 23 |
| <i>O auto-conceito</i> | 27 |
| <i>A auto-estima</i> | 31 |
| <i>Imagem corporal e sua perturbação.</i> | 32 |
| DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR | 38 |
| <i>Alimentação</i> | 38 |
| <i>Privação de alimentos</i> | 39 |
| <i>Efeitos do “Corpo Moda”</i> | 41 |
| <i>Fronteira de Peso</i> | 46 |
| <i>Anorexia Nervosa ou Anorexia Mental</i> | 51 |
| <i>Bulimia Nervosa ou Bulimia Mental</i> | 58 |
| <i>Epidemiologia</i> | 63 |
| <i>A natureza multideterminada dos distúrbios</i> | 68 |
| MODELOS EXPLICATIVOS DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES | 71 |
| <i>Psicologia Experimental</i> | 71 |
| <i>Abordagem Psicodinâmica</i> | 72 |
| <i>Abordagem Cognitivo-Comportamental</i> | 76 |
| PARTE II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA | 82 |
| I - CONSIDERAÇÕES GERAIS | 83 |

| | |
|---|------------|
| 1. OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO | 83 |
| 2. POPULAÇÃO | 87 |
| 3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS | 88 |
| 4. METODOLOGIA UTILIZADA NA RECOLHA DOS DADOS | 113 |
| 5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS | 115 |
| 6. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA | 117 |
| II. ANÁLISE DOS RESULTADOS | 121 |
| 1. ANÁLISE DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) | 123 |
| 2. ANÁLISE DA INSATISFAÇÃO CORPORAL | 127 |
| <i>Relação entre insatisfação corporal e peso</i> | 129 |
| 3. ANÁLISE DAS PREOCUPAÇÕES COM O PESO | 132 |
| <i>Idade de início das preocupações com o peso</i> | 133 |
| <i>Controlo/ descontrolo da ingestão de alimentos, avaliado pelos itens 32 e 38 do QGA</i> | 135 |
| <i>Relação entre a frequência do controlo/ descontrolo alimentar (item 38 do QGA) e as médias das subescalas TE e BN do EDI2.</i> | 137 |
| <i>Preocupações com o peso e Episódios de Ingestão Compulsiva.</i> | 139 |
| <i>Preocupações com o peso e Dieta</i> | 141 |
| <i>Preocupações com o peso e IMC</i> | 142 |
| 4. CARACTERIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES | 145 |
| <i>Comportamentos alimentares e Preocupações com o peso</i> | 148 |
| <i>Relação entre dietas e classificação dos alimentos</i> | 152 |
| <i>Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e dietas</i> | 153 |
| <i>Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e Insatisfação Corporal</i> | 154 |
| <i>Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e preocupações com o peso</i> | 155 |
| <i>Relação entre sentimentos de culpa e ingestão de alimentos</i> | 158 |
| <i>Relação entre IMC e Menstruação</i> | 158 |
| 4. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A COMIDA E O CORPO | 160 |
| <i>Relação entre Realização de Dietas e Psicopatologia</i> | 161 |
| Somatização e Dietas | 163 |
| Obsessão-Compulsão e Dietas | 164 |
| Sensibilidade Interpessoal e Dietas | 165 |
| Depressão e Dietas | 165 |
| Ansiedade e Dietas | 166 |
| Hostilidade e Dietas | 167 |
| Ansiedade Fóbica e Dietas | 168 |
| Ideação Paranóide e Dietas | 169 |
| Psicotismo e Dietas | 170 |
| Índice de Severidade Global e Dietas | 171 |
| Sintoma Positivo Total e Dietas | 172 |
| Índice Positivo do Sintoma de Angústia e Dietas | 173 |

| | |
|---|------------|
| <i>Relação entre Distúrbios Alimentares e Depressão</i> | 174 |
| POPULAÇÃO EM RISCO E PREVALÊNCIA DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES | 176 |
| <i>Prevalência provável dos distúrbios alimentares</i> | 182 |
| Anorexia nervosa | 182 |
| Bulimia Nervosa | 184 |
| Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (SOE). | 186 |
| IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO EM RISCO ATRAVÉS DO EDI | 191 |
| III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO | 199 |
| 1. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO EDI2 | 201 |
| 2.- ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) | 202 |
| 3.- PREOCUPAÇÕES COM O PESO | 203 |
| 4.- INSATISFAÇÃO CORPORAL | 205 |
| 4.1. Relação entre Insatisfação Corporal e Peso | 205 |
| 5.- <i>Comportamentos alimentares</i> | 206 |
| 5.1. Relação entre ingestão compulsiva, dietas, preocupações com o peso e insatisfação corporal | 206 |
| 6. COMPORTAMENTOS ALIMENTARES E PSICOPATOLOGIA | 208 |
| Somatização e Dietas | 209 |
| Obsessão-Compulsão e Dietas | 210 |
| Sensibilidade Interpessoal e Dietas | 210 |
| Depressão e Dietas | 210 |
| Ansiedade e Dietas | 211 |
| Hostilidade e Dietas | 211 |
| Ansiedade Fóbica e Dietas | 211 |
| Ideação Paranóide e Dietas | 211 |
| Psicotismo e Dietas | 212 |
| Índice de Severidade Global e Dietas | 212 |
| Sintoma Positivo Total e Dietas | 212 |
| Índice Positivo do Sintoma de Angústia e Dietas | 213 |
| <i>Relação entre Distúrbios Alimentares e Depressão</i> | 213 |
| 7. POPULAÇÃO EM RISCO E PREVALÊNCIA DOS TCA | 215 |
| <i>Anorexia Nervosa</i> | 215 |
| Situações de doença parcial ou subclínica | 216 |
| <i>Bulimia Nervosa</i> | 217 |
| Situações de doença parcial ou subclínica | 218 |
| <i>Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (SOE)</i> | 218 |
| BIBLIOGRAFIA | 220 |

Índice de quadros

| | |
|---|-------------------------------------|
| QUADRO 1 - DESENVOLVIMENTO PUBERTÁRIO: RAPARIGAS VERSUS RAPAZES | 17 |
| QUADRO 2- DESENVOLVIMENTO NORMAL DA MATURAÇÃO DO RAPAZ <i>VERSUS</i> RAPARIGA. | 18 |
| QUADRO 3 - TAREFAS PARTICULARES DAS QUATRO ZONAS DO DESENVOLVIMENTO (O CORPO, O PENSAMENTO, A SOCIABILIDADE E A REPRESENTAÇÃO DE SI). | 23 |
| QUADRO 4: SUBESCALAS DO EDI2 E SUA DESCRIÇÃO..... | 91 |
| QUADRO 5: CONSISTÊNCIA INTERNA DE CADA SUBESCALA DA 1.ª VERSÃO DO EDI..... | 94 |
| QUADRO 6: CÁLCULO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DE CADA SUBESCALA DA 1.ª VERSÃO DO EDI, UTILIZANDO GRUPOS DE COMPARAÇÃO DE AMOSTRAS FEMININAS, RETIRADAS DA POPULAÇÃO NORMAL..... | 94 |
| QUADRO 7: CONSISTÊNCIA INTERNA DAS SUBESCALAS PROVISÓRIAS DO EDI2, CALCULADA EM AMOSTRAS DE PACIENTES(GRUPO1) E NÃO - PACIENTES (GRUPO2) DO SEXO FEMININO. | 94 |
| QUADRO 8: ESTABILIDADE TEMPORAL MEDIDA PELO TESTE-RETESTE EM 3 ESTUDOS COM INTERVALOS DE APLICAÇÃO DIFERENTES. | 96 |
| QUADRO 9: ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (TENDÊNCIA PARA A MAGREZA). | 98 |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (BULIMIA)..... | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (INSATISFAÇÃO CORPORAL). | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (INEFICÁCIA). | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (PERFECCIONISMO). | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (DESCONFIANÇA INTERPESSOAL). | 99 |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (CONSCIÊNCIA INTEROCEPTIVA) | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (MEDOS MATURATIVOS) | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (ASCETISMO) | 100 |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (REGULAÇÃO DE IMPULSOS) | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 9 (CONT): ESTUDO DOS ÍTENS QUE CONSTITUEM O EDI (MEDOS SOCIAIS) . | ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO. |
| QUADRO 10: ESTABILIDADE TESTE-RETESTE DAS SUBESCALAS. | 101 |
| QUADRO 11: SOLUÇÃO FACTORIAL (VARIMAX) - MÉTODO DA ANÁLISE DAS COMPONENTES PRINCIPAIS. | 102 |
| QUADRO 12: SINTOMAS E PONTUAÇÕES DO BDI” | 106 |
| QUADRO 13: PONTOS DE CORTE DO BDI” | 108 |
| QUADRO 14: SUBESCALAS E SINTOMAS DO SCL-90R..... | 110 |
| QUADRO 15 – FREQUÊNCIAS, PERCENTAGENS, MÉDIAS E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, POR SEXO | 117 |
| QUADRO 16: MÉDIAS, DESVIOS PADRÃO, SOMATÓRIOS E TESTE T PARA A IGUALDADE DAS MÉDIAS, DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS, POR SEXO. | 121 |
| QUADRO 17 – RELAÇÃO PESO/ ALTURA..... | 124 |
| QUADRO 18 - AVALIAÇÃO DO IMC | 124 |

| | |
|---|-----|
| QUADRO 19 - AVALIAÇÃO DO IMC COM BASE NOS TESTES DE NORMALIDADE..... | 127 |
| QUADRO 20 - AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO CORPORAL (IC) POR SEXOS | 127 |
| QUADRO 22 - AVALIAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FÍSICA POR SEXOS | 131 |
| QUADRO 23 - AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO CORPORAL (IC) POR CONSTITUIÇÃO FÍSICA PERCEBIDA | 132 |
| QUADRO 24 - IDADE DE INÍCIO DAS PREOCUPAÇÕES COM O PESO..... | 133 |
| QUADRO 25 - RECENTE HISTÓRIA DO PESO POR CLASSES | 134 |
| QUADRO 26 - RECENTE HISTÓRIA DO CONTROLO/ DESCONTROLO ALIMENTAR..... | 135 |
| QUADRO 27 - MÉDIAS OBTIDAS NA SUBESCALA QUE MEDE AS PREOCUPAÇÕES COM O PESO (TE) E NA SUBESCALA QUE MEDE OS COMPORTAMENTOS BULÍMICOS (BN) POR CONTROLO/ DESCONTROLO DA INGESTA POR GÊNERO..... | 137 |
| QUADRO 28 - COMPARAÇÃO MÚLTIPLA DA SUBESCALA QUE MEDE AS PREOCUPAÇÕES COM O PESO (TE) E DA SUBESCALA QUE MEDE OS COMPORTAMENTOS BULÍMICOS (BN) COM A VARIÁVEL CONTROLO/ DESCONTROLO DA INGESTA POR GÊNERO | 138 |
| QUADRO 29 - AVALIAÇÃO DAS PREOCUPAÇÕES COM O PESO POR IMC..... | 143 |
| QUADRO 30 - MÉDIAS OBTIDAS NA SUBESCALA QUE MEDE AS PREOCUPAÇÕES COM O PESO (TE) E RESPECTIVO IMC DE CADA GÊNERO | 144 |
| QUADRO 31 - COMPARAÇÃO MÚLTIPLA ENTRE OS IMC DE CADA GÊNERO E AS PREOCUPAÇÕES COM O PESO (TE) | 144 |
| QUADRO 32 - COMPORTAMENTOS ALIMENTARES | 146 |
| QUADRO 33 - COMPARAÇÃO DA FALTA DE CONTROLE DA INGESTA ALIMENTAR/EMPANTURRAMENTOS POR SEXOS E PREOCUPAÇÕES COM O PESO (TE)..... | 148 |
| QUADRO 34- ATITUDES EM FUNÇÃO DE DETERMINADOS COMPORTAMENTOS ALIMENTARES | 150 |
| QUADRO 35- ASSOCIAÇÃO ENTRE DIETA E INGESTÃO COMPULSIVA..... | 153 |
| DENDROGRAMA 2: ÁRVORE DE DECISÕES DA ANOREXIA NERVOSA(AN). | 182 |
| DENDROGRAMA 3: ÁRVORE DE DECISÕES DA BULIMIA NERVOSA (BN). | 185 |
| 5..... | 185 |
| QUADRO 42: ÁRVORE DE DECISÕES PARA ANÁLISE DOS INDIVÍDUOS DE SEXO FEMININO, QUE À EXCEPÇÃO DE UM SINTOMA REUNEM TODOS OS CRITÉRIOS DA AN | 187 |
| QUADRO 43: ÁRVORE DE DECISÕES PARA ANÁLISE DOS INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO, QUE À EXCEPÇÃO DE UM SINTOMA REUNEM TODOS OS CRITÉRIOS DA AN | 188 |
| QUADRO 44: ÁRVORE DE DECISÕES PARA ANÁLISE DOS INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO, QUE À EXCEPÇÃO DE UM SINTOMA REUNEM TODOS OS CRITÉRIOS DA BN | 189 |
| QUADRO 39: SUMÁRIO DO PROCESSAMENTO DA POPULAÇÃO DE RISCO..... | 191 |
| DENDROGRAMA 1: PONTUAÇÃO MÉDIA MAIS UM E DOIS DESVIOS PADRÃO, POR SUBESCALA DO EDI2. | 192 |
| QUADRO 40: CONTIGÊNCIA ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES SEGUNDO O EDI2 E AS QUESTÕES DO QGA, QUE AVALIAM OS MÉTODOS DE CONTROLO DE PESO E O HÁBITO DE FAZER DIETAS.... | 197 |
| QUADRO 41: PROVÁVEL PREVALÊNCIA DA POPULAÇÃO DE RISCO, SEGUNDO O EDI2 | 198 |

Agradecimentos

Esta dissertação é o culminar de uma longa sequência de acontecimentos, e são devidos agradecimentos a muitas pessoas.

Ao Senhor Prof. Doutor Emanuel Ponciano, que esteve na origem do meu interesse pela investigação, de quem me confesso inalteradamente discípulo e grata, e que sugeriu o nome do Prof. Doutor Pinto Gouveia para a orientação científica deste estudo, cumpre-me manifestar o meu vivo reconhecimento.

Ao Senhor Prof. Doutor Pinto Gouveia, devo a superior orientação, de quem recebi repetidas lições e que agora registo o quanto lhe devo, por me ter recebido como aprendiz de investigação, pelas inúmeras críticas, sugestões e, sobretudo, pelos ensinamentos essenciais à realização desta dissertação.

Ao Senhor Prof. Doutor Daniel Sampaio, cujos esclarecimentos foram decisivos na escolha do Inventário de distúrbios alimentares a utilizar neste estudo.

À Senhora Dra. Encarnação Vicente que me pôs em contacto com algumas das autoridades escolares necessárias à execução deste trabalho e que incansavelmente me apoiou na recolha dos dados e na revisão ortográfica e gramatical desta dissertação. Para ela os mais vivos sentimentos de gratidão.

À Mestre Dra. Susana Ramos, cujo calor, humanidade, boa vontade e colaboração nesta pesquisa foi imprescindível. Se as palavras significam alguma coisa, neste momento não dão a mais ténue ideia do sentimento de respeito e simpatia que por ela nutro.

À Doutora Helena Teixeira pelos contributos, contínuo apoio e encorajamento durante todo o processo, e cuja inesgotável energia, entusiasmo, dedicação e disponibilidade, proporcionaram momentos de debate importantes para a reflexão e crítica, imprescindíveis à realização deste trabalho. A ela me ligam hoje devotada admiração, simpatia, amizade e estima.

Não posso esquecer, neste momento, os jovens que voluntariamente participaram neste estudo e a quem devo os dados que possibilitaram a execução desta dissertação. Uma palavra em especial me merecem aqueles que pacientemente executaram os pré-testes.

Cumpre-me ainda agradecer aos professores e Conselhos Directivos das escolas C+S de Eugénio de Castro e Secundária D. Duarte, bem como ao Instituto Superior Miguel Torga e Faculdade de Ciências Desporto e Educação Física, todas de Coimbra, por me terem permitido e apoiado na colheita dos dados.

A todos Estes e Aqueles que involuntariamente não referi,

ETERNA GRATIDÃO.

Prefácio

A investigação é um facto potencialmente transcendente, porém, para que este chegue a sê-lo, depende da utilidade do seu conteúdo. Escrever os resultados de toda uma investigação é também partilhar experiências e conhecimentos com toda a comunidade académica e profissionais interessados na busca de alternativas que permitam crescer e escolher em liberdade.

Assim, talvez interesse saberem um pouco acerca da investigadora. Licenciou-se em Serviço Social em 1996 e gozou, desde logo e até então, da oportunidade de leccionar as disciplinas de Estatística e de Informática do Curso Superior de Serviço Social e do Curso Superior de Ciências da Informação do Instituto Superior Miguel Torga, bem como leccionar as mesmas disciplinas nos Cursos de Especialidade de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Madeira de 1996 a 1998. É, ainda, formadora dos Cursos Permanentes de Formação de Investigação em Ciências Sociais, utilizando para essa formação Software profissional de Estatística e lecciona a disciplina de Metodologias de Investigação e Bioestatística na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Para ganhar competências nesta área, foi treinada na Unidade de Psicofísica do Instituto Biomédico de Investigação da Luz e da Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pelo Prof. Doutor Emanuel Ponciano. Ali, ligada a projectos de Investigação, aprendeu e fez inúmeros tratamentos estatísticos dos quais resultaram teses e publicações. O magnetismo daquelas tarefas despertaram nela a paixão pela Investigação.

Ao longo dos anos foi testemunhando o alarmante incremento dos comportamentos aditivos. O assunto apaixonava-a. Candidatou-se, então, ao Curso de Mestrado "Toxicodependências e Patologias Psicossociais". É admitida e começa a estudar o problema das dependências psicofarmacológicas. Porém, devido a problemas que não têm aqui lugar, não foi possível concretizar o estudo. Paralelamente, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e meios de comunicação social, davam o sinal de alarme:

“Perturbações do Comportamento alimentar afectam cada vez mais crianças e adolescentes”. Pareceu-lhe um estudo promissor e um desafio estimulante.

Do assunto nada sabia e na tentativa de superar este *handicap* mergulhou em busca do conhecimento. Dos livros consumiu teorias e relatos de doentes; em congressos ouviu profissionais que relatavam os seus casos, com os quais travavam uma luta desigual contra o distúrbio que se havia instalado, escutou pais esgotados, leu artigos científicos que relatavam o estado mundial desta psicopatologia, enfim, estudou, percebeu e captou que os transtornos alimentares não são um disparate da adolescência, mas uma grave doença, não são uma mania alimentar como a das dietas, é de facto um comportamento que ronda o aditivo, complexo e multideterminado. O interesse pelo assunto intensificou-se e a dissertação teve o rumo desejado.

Introdução

A elaboração desta tese, para além do cumprimento de uma obrigação académica, pretende dar a conhecer os comportamentos alimentares dos adolescentes, conhecer as atitudes relativas ao corpo e à alimentação, o nível de satisfação/insatisfação corporal, analisar de que forma a auto-estima se relaciona com as atitudes e os comportamentos alimentares e, se possível, identificar se existem perturbações do comportamento alimentar.

Estruturalmente, a dissertação ficou dividida em duas grande partes:

Na primeira parte apresentámos o enquadramento teórico que considerámos apropriado; conjugámos as fases do crescimento do indivíduo com a dimensão corporal; apresentámos, ainda, várias considerações sobre os conceitos e factores que marcam todo o processo de identidade e as atitudes face ao corpo. Trabalhámos a imagem corporal e a sua satisfação/insatisfação.

Como não podia deixar de acontecer, reservámos um capítulo para os distúrbios alimentares, onde para além de trabalharmos as patologias anorexia e bulimia nervosas, fizemos referência à alimentação e sua privação, aos efeitos provocados pela escravização aos ditames da moda e à fronteira entre o normal e o patológico em termos de comportamento alimentar.

Por fim, passámos em revista alguns dos modelos explicativos dos distúrbios do comportamento alimentar.

Na segunda parte apresentámos o momento empírico deste estudo. Aqui, para além dos procedimentos metodológicos, apresentaremos e discutiremos os resultados obtidos.

PARTE I

Enquadramento Teórico

Adolescência e Metamorfoses: O Eu corporal

Os fenómenos bio-fisiológicos da puberdade determinam, sem dúvida, uma nova morfologia do corpo: uma metamorfose que encerra a infância e assinala o início da adolescência. As transformações operadas no corpo passam a constituir um factor central na construção da personalidade adolescente. A puberdade fisiológica altera a imagem corporal, o que leva o adolescente a reconstruir uma representação do corpo, evidentemente, diferente.

A reconstrução da imagem corporal impõe-se, nesta fase, como uma tarefa desenvolvimental e o corpo retrata, agora, uma nova identidade - a pertença a um sexo bem determinado: masculino ou feminino. O corpo surge como o lugar das transformações ligadas às capacidades genitais, um corpo sexuado, cuja anatomia não pode ser negada. O papel do sexo é um dos elementos essenciais da definição do Eu adolescente.

A adolescência acarreta a autonomia de um Eu próprio a diferentes níveis: pensamento, desejos e independência social. A aceitação da sua nova aparência física traz consigo uma outra percepção de si. A adolescência fica marcada por uma reactualização da imagem do corpo, renúncia à imagem de criança e confrontação com uma nova figura, uma outra pessoa, que ainda não conhece bem.

Esta nova morfologia corporal não é assimilada de imediato, nem de modo homogêneo pelas dimensões do Eu. Aguarda uma metamorfose psicológica, um trabalho de funções psíquicas que se estendem para além da maturação biológica. A luta entre a maturação fisiológica e a psicológica deve-se à desigualdade de desenvolvimento, isto é, a um crescimento desigual entre o que é físico e o que é psicológico.

Durante a infância, a auto-estima é alimentada pelos investimentos objectais parentais (narcisismo primário), em conformidade com os ideais interiorizados. Na adolescência, o corpo passa a constituir uma espécie de instância narcísica do Eu e a auto-estima depende do investimento corporal (MAZET e HOUZEL, 1994).

Desse investimento despontam preocupações banais e atenções dirigidas à forma do corpo (linha, silhueta, estatura, ancas, ombros, perfil do nariz, volume dos seios, tamanho do pênis, acne, etc.). Despertam, também, atenções dirigidas ao funcionamento dos órgãos (aparelho reprodutor, menarca e perdas seminais); e preocupações com manifestações funcionais relacionadas com a labilidade neurovegetativa próprias deste período (palpitações, hipotimias, cefaleias).

Os adolescentes são sensíveis às doenças, já que estas arrastam sentimentos de desvalorização. Pequenos incidentes como o acne e a dismenorreia transmitem-lhes sentimentos de anomalia.

Os adolescentes passam por momentos de insegurança emocional, de depressão, de abalos narcísicos, face a um crescimento físico que, em certos períodos, se desenrola de um modo desarmonioso. Necessitam de se sentirem bonitos, tal como em pequenos necessitaram de se sentirem grandes. É crucial que o olhar do outro reenvie uma imagem gratificante de si, exaltando o seu narcisismo. O reconhecimento do seu corpo será influenciado pela comparação do seu desenvolvimento físico e caracteres sexuais com outros sujeitos da sua idade e género. Este acto de procura de alguém que lhe seja semelhante pode despontar sentimentos de incerteza e de desvalorização.

Construção da identidade

FREUD (1923) refere que o Eu é derivado das sensações corporais, principalmente daquelas que nascem à superfície do aparelho mental, sendo que o desenvolvimento inicial do Eu surge como resultado da integração dessas sensações corporais, utilizando-as para diferenciar o seu mundo exterior do próprio corpo. GARCIA (1996), numa análise às teorias de Freud, conclui que “a imagem corporal é básica para o desenvolvimento da estrutura total do ego” (pág. 81).

Existe uma variedade de concepções que se referem ao corpo, sob designações que vão desde o esquema corporal ou postural, imagem do corpo, consciência do corpo, percepção do corpo até à somatognosia.

A Neurologia destacou uma definição de esquema corporal como uma estrutura neuromotora que confere ao sujeito a consciência de um corpo anatómico, numa relação com o que o rodeia, tendo quadros de referências espaço-temporais (a organização espacial em relação a si e aos objectos, a lateralidade, a sua utilização prática, através do conhecimento do corpo, da sua orientação, da sua eficiência postural e motora).

Enquanto a designação de esquema corporal aparece mais fundamentada numa perspectiva neurológica, a noção de imagem corporal é mais referenciada no campo da psicologia e da psicanálise.

O esquema corporal, enquanto noção utilizada essencialmente por neurologistas, constitui o substrato neurológico da imagem do corpo, resultado da integração nas regiões posteriores dos dois hemisférios cerebrais, dos dados sensoriais, proprioceptivos, da experiência motriz, vinculada a sensações musculares e cinestésicas - um referente relacionado com a neurologia e não tanto o resultado de um trabalho psíquico.

Um trabalho que representa uma síntese notável sobre a imagem do corpo é a obra de SHILDER, intitulada "L'image du corps", publicada em 1935, que compilou todas as investigações sobre o tema desde 1914 até então. A abordagem de SHILDER trouxe uma nova interpretação, articulando as aproximações biológica, psicológica e social: define o corpo como uma

unidade, cujas propriedades não derivam do somatório das suas partes, como uma *Gestalt* que se elabora por estratos e níveis diferenciados. A imagem corporal tem, para além dos seus fundamentos fisiológicos, importantes bases psicológicas e sociais no conhecimento do nosso corpo, elaborando-se a partir de conteúdos emocionais, de sentimentos vividos na relação com o outro, assim como de uma estrutura libidinal, narcísica, que tem por objecto o próprio corpo.

Estudos recentes retomaram o interesse pela clarificação do significado da imagem corporal, associados ao estudo de determinadas patologias, as doenças psicossomáticas, os transtornos do narcisismo e os distúrbios alimentares (anorexia e bulimia).

Existe alguma dificuldade em dissociar noções quando tentamos clarificar a designação de imagem corporal. É uma representação própria de cada um, vinculado ao sujeito e à sua história, o que a diferencia do esquema corporal, que é o mesmo para os indivíduos da mesma idade, submetidos à mesma estimulação.

Primeira Individuação

O Eu corporal constitui-se como uma das primeiras auto-estruturas que gradualmente emerge no desenvolvimento ontogenético. As crianças aprendem a dar atenção ao seu corpo e ao que os outros pensam delas. Começam a formar um auto-conceito de ideal físico com estereótipos de rapazes e raparigas ideais, cujos estereótipos, socialmente definidos, influenciam fortemente as observações das crianças em relação à sua própria aparência. Desvios a estas normas não são apenas reflectidas em satisfação/insatisfação com o próprio corpo, mas também podem acarretar efeitos adversos na formação do auto-conceito global (FISHER & CLEVELAND, 1968).

A confrontação da criança com a sua imagem no espelho é referida por LACAN (1966) como uma identificação, onde a criança apreende a sua imagem total antes de a poder compreender realmente, antes de ela corresponder a uma imagem internalizada do seu corpo. Assim, até atingir a identificação, que constituirá o Eu, a criança atravessa três momentos estruturantes, três importantes registos do psiquismo humano - *o real*, *o imaginário*, *o simbólico*. O primeiro tempo é o da realidade, a imagem vivida como um ser real, o segundo momento o do imaginário, a imagem percebida como fictícia e o terceiro momento, o do simbólico, a imagem recebida como representação de si mesma. É o estágio do Espelho que se resume em:

- ✎ *Indiscriminação entre o Eu e o Outro.* A criança não distingue a imagem do seu corpo no espelho. Tentará captar a imagem como se fosse um outro real (desconhecimento entre o seu corpo e a imagem do mesmo).
- ✎ A criança *Descobre*, casualmente, *que o seu reflexo no espelho é, apenas, uma imagem*, contudo ainda não a reconhece como sua (não tentará apanhar ou tocar o reflexo, tendo percebido o aspecto virtual, fictício, imaginário do espelho).
- ✎ A criança *Reconhece a imagem no espelho como sua*. É o momento da unificação de todas as representações fragmentadas. Este processo permite um salto qualitativo face aos primeiros fenómenos psicóticos da infância (as experiências angustiantes de fragmentação).

Através da dialética do ser e da aparência, inicia-se a conquista da identidade do sujeito.

Sem dúvida que o estágio do espelho tem valor estruturante e unificador, mas não depende somente da existência material de espelhos, marca uma etapa crucial de um processo de identificação e individuação: interrupção da identificação primordial com o rosto da mãe e o nascimento de uma identificação com o seu próprio rosto, a sua primeira individuação. O conhecimento de si próprio passa pelo reconhecimento do outro, pelo que, o estágio do espelho se desenvolve, igualmente, nas relações interpessoais, de onde se subentende a instauração de papéis e de *status* sociais.

Segunda Individuação

A metamorfose corporal ocorrida durante a puberdade afecta a imagem do corpo, outrora idealizada pela criança e que lhe permitia alimentar a sensação de segurança e amor.

A nova imagem do corpo necessita de ser integrada na representação de si e do outro, num trabalho de luto: a perda da quietude do corpo, a perda da estabilidade da imagem corporal, a perda da bissexualidade potencial e a separação dos vínculos infantis aos objectos edipianos.

A realização de uma segunda individuação, para adquirir a sua identidade e sair da ilusão simbiótica, com aspectos regressivos ao nível dos fantasmas fusionais (criança/ mãe), surge como uma das tarefas evolutivas essenciais à puberdade (BLOS, 1985). Associadas a esta segunda individuação estão as metamorfoses biológicas, fisiológicas e psicológicas.

Denominamos metamorfose do corpo um conjunto de fenómenos bio-fisiológicos que transformam a aparência física: dimensões acrescidas, proporções novas, diferenciação sexual pubertária (transforma profundamente as crianças em adolescentes), com desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

O desenvolvimento pubertário desencadeia dois níveis de mudanças que alteram a fisionomia do corpo: caracteres sexuais secundários (sistema reprodutor) e tamanho e forma do corpo (desenvolvimento da pilosidade púbica, dos seios femininos e dos genitais masculinos). ¹

¹ Puberdade, do termo latim "pubescere" traduz-se por cobrir-se de pêlos, especialmente na zona púbica e, Adolescência que deriva do termo latino "adolescere" significa crescer.

Quadro 1 - Desenvolvimento pubertário: Raparigas versus rapazes 2

| RAPARIGAS | RAPAZES | RAPAZES | RAPARIGAS |
|---|--|---|--|
| <i>Características do Desenvolvimento</i> | | | |
| <i>mamas</i> | <i>genital</i> | <i>pilosidade</i> | |
| Botões mamários aparentes ou palpáveis; aumento da auréola | Testículos superiores a 2,5 cm no seu maior diâmetro e escroto afinando e avermelhando | Crescimento esparsos de pêlos pubianos levemente pigmentados, um pouco encaracolados, principalmente na base do pênis | Crescimento esparsos de pêlos longos, rectos ou levemente encaracolados, minimamente pigmentados |
| Maior aumento das mamas e da auréola, sem qualquer separação dos seus contornos | Crescimento do pênis em largura e comprimento | Pêlos mais grossos, propagados pelo monte pubiano | Pêlos consideravelmente mais escuros e mais grossos, espalhando-se pelo monte pubiano |
| Proiecção da auréola e da papila para formar uma segunda saliência acima do nível da mama | Pênis com maior aumento, testículos maiores, com pele escrotal mais escura | Pêlos tipo adulto que ainda não se propagam para o meio da coxa | Pêlos grossos, tipo adulto, que ainda não se propagam para a superfície média das coxas |
| Mama com contorno de adulto, com projecção apenas da papila. | Genitália com tamanho e forma de adulto | Pêlos tipo adulto, propagando-se para o meio das coxas | Pêlos tipo adulto e distribuídos no clássico triângulo invertido |

PETERSON e cols. (1987) referem que os jovens são capazes de fazer distinções quanto às mudanças no seu próprio corpo, mas apresentam dificuldades em articular os seus afectos quanto às alterações do seu aspecto, os significados íntimos que podem desencadear.

SHOLFELD e cols. (1982) ilustraram de um modo sistematizado a sequência da maturação sexual, com indicação dos limites extremos do início da puberdade para os dois sexos, como indica o quadro 2.

² Dados originários de MARSHALL WE, TANNER JM: Variations in the pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 44:291-303, 1969 Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child 45: 13-23, 1970

Quadro 2- Desenvolvimento normal da maturação do rapaz *versus* rapariga³.

| Fases | Aparência dos caracteres sexuais | | Idades médias | |
|-----------------------------------|---|--|---------------|----------|
| | RAPARIGA | RAPAZ | RAPAZ | RAPARIGA |
| Infância à adolescência | O peito é liso, não há pêlos púbicos e o crescimento é constante. | Os testículos e o pênis não cresceram (desde a 1ª infância), ausência de pêlos púbicos e crescimento constante. | | |
| Adolescência precoce | Arredondamento das ancas; peito e seios elevam-se em forma de botão, não há, ainda, verdadeiros pêlos pubianos | O pênis, os testículos e o escroto crescem. A pele deste avermelha e torna-se mais espessa. Não há, ainda, verdadeiros pêlos púbicos. | 12_13 | 10_15 |
| Adolescência média | Pêlos púbicos pigmentados, espessos, primeiro direitos ao longo dos lábios, depois curvam-se e espalham-se progressivamente, sob a forma de um triângulo invertido. Aparecem os pêlos das axilas (depois dos púbicos) e a menarca. Os lábios dilatam-se e a secreção vaginal torna-se ácida. No peito elevam-se as auréolas e seios formando o peito primário | Pêlos púbicos pigmentados, mais espessos e hirtos, progressivamente mais encaracolados e mais densos, formando um triângulo invertido. Aparecem os pêlos das axilas (depois dos púbicos) e o pênis e os testículos continuam a crescer e o escroto dilata-se, com a pele mais escura. Maturação da próstata e das vesículas seminais, emissões espontâneas ou induzidas com um baixo número de espermatozóides e pouco móveis. A laringe alarga e a voz muda | 13_16 | 11_18 |
| Adolescência tardia | Pêlos das axilas em quantidade moderada mas os pêlos púbicos totalmente desenvolvidos. Peito formando a configuração do tipo adulto e menstruação bem estabelecida. Desaceleração do crescimento. | Os pêlos do rosto e do corpo aparecem e espalham-se ficando os pêlos púbicos e das axilas mais densos. Os testículos e pênis continuam a crescer e o número de espermatozóides emitidos e a sua mobilidade são suficientes para a fertilidade; desaceleração do crescimento. | 16_18 | 14_20 |
| Pós-adolescência ao estado adulto | Continuação do crescimento dos pêlos das axilas e peito plenamente desenvolvido | Pleno desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários. Os músculos e pêlos podem continuar a crescer | 18_20 | 16_21 |

Da observação do quadro anterior destaca-se a existência de variações no desenvolvimento dos caracteres sexuais e do sistema reprodutor para

³ SHONFELD W.A. (1982) *Le développement de l'adolescent : ses déterminants biologiques, psychologiques et sociologiques*. in Sherman C. Feinstein, Peter L. Giovacchini, Arthur A. Miller. *Psychiatrie de l'adolescent*, 1 ° vol.

ambos os sexos. Existem variações quanto à idade do despontar, ritmo de seqüências e termo da puberdade fisiológica. O essencial deste processo situa-se entre os 11/12 e os 16 anos.

Na rapariga, a maturação fisiológica precede em 18 meses a dois anos relativamente à do rapaz, o crescimento pubertário situa-se, em média, aos 12 anos para a rapariga. Rapazes e raparigas desenvolvem preocupações específicas quanto à maturidade genital, preocupando-se os rapazes, essencialmente com os seus órgãos genitais e sua virilidade. É comum, entre rapazes púberes, o desejo de ver e comparar o volume global dos órgãos genitais, pênis e testículos, num contexto de brincadeira. Esta prática é importante enquanto forma de defesa activa contra angústias de castração, reavivadas nesta idade. Crescer torna-se um grande desafio, significa tornar-se, no plano do corpo sexuado, como os pais e outros adultos, e assim a possibilidade de tomar o lugar deles.

Os termos de comparação dirigidos para colegas da mesma idade podem tornar-se fonte de inquietudes, de angústias, de incertezas. A criação de um espaço para o diálogo, onde possam sair informações quanto à grande relatividade de dimensões de diversos órgãos (nariz, orelhas, pênis, etc.), de sujeito para sujeito, é sempre oportuno no contexto da vigilância médica, que acompanha o crescimento dos órgãos genitais .

As anomalias associadas ao crescimento dos órgãos genitais, as ectopias testiculares (o testículo não desce das bolsas) ou as fimoses (estreiteza do orifício do prepúcio), entre outras, requerem um tratamento cirúrgico antes da puberdade, acompanhado de uma preparação psicológica, seja qual for a idade do indivíduo. Qualquer intervenção feita ao pênis é geradora de intensa angústia e grande objecto de inquietações, receios e insatisfações.

Em termos gerais, os rapazes integram a pilosidade como sinais físicos visíveis de virilidade. Os pêlos púbicos, das axilas, do tórax, o bigode, os pêlos dos braços e das pernas são apreciados no círculo de relações, testemunhos do novo estatuto masculino do rapaz. Porém, podem ocorrer recusas desta pilosidade, mascarando dificuldades em abandonar a infância e o receio da sexualidade .

A mudança da voz afecta, ainda que temporariamente, os contactos sociais do rapaz. Têm dificuldade em reconhecer a própria voz, o estar sozinho a falar, a rir, a gritar, permite-lhe ensaiar as tonalidades da voz. Esta alteração está associada ao crescimento da laringe, cartilagens salientes, que constituem a cognominada "Maçã- de- Adão".

Na rapariga as preocupações são, naturalmente, outras. Cristalizam-se à volta do desenvolvimento das mamas e da menstruação. As mamas atraem as atenções do círculo de relações (tanto entre iguais, como pelos adultos). Os comportamentos de aceitação deste fenómeno podem variar, indo desde a dissimulação, com uso de roupas largas ou o disfarce pelo andar com os ombros descaídos, até ao uso de transparência para mostrar as novas formas do corpo. Na verdade, se algumas raparigas se sentem satisfeitas por não apresentarem formas femininas e exibem atitudes arrapazadas (o que pode corresponder a uma profunda dificuldade de aceitar a feminilidade), outras aguardam impientemente o despontar da sua condição de mulheres.

A inquietude quanto ao volume das mamas está muito condicionada aos imperativos culturais que regem os modelos sexuais. Existe uma desarmonia passageira, no decurso da puberdade, quanto ao volume das mamas, ou seja, é natural que uma esteja mais desenvolvida que outra, podendo tal situação ser geradora de inquietude; terminada a puberdade não subsiste diferença sensível entre elas.

Quanto ao significado das primeiras menstruações, processo fundamental da maturação sexual das raparigas, poucos estudos especificaram as reacções, os medos, à primeira menstruação. Factores inconscientes podem afectar o equilíbrio hormonal de que depende a regularidade do ciclo menstrual.

O desenvolvimento estatoponderal e morfológico.

A adolescência não se reduz a um período de três a cinco anos de transformações corporais, mas também a uma alteração das funções psíquicas que se estendem para além da maturação biológica. O corpo, enquanto dimensão que integra a representação de si, é percebido pelo adolescente como um corpo potencialmente estranho que escapa ao controle do Eu. Torna-se o terreno privilegiado para a concretização de desejos, retrata os embaraços, as faltas de jeito, as emoções e desejos mais íntimos.

Ao longo do desenvolvimento da morfologia ocorrem desproporções temporárias, para ambos os sexos. O crescimento não se efectua simultaneamente nos diversos segmentos do corpo. Na pré-puberdade, o acréscimo da estatura ocorre principalmente nos membros inferiores, continuando a aumentar com o impulso do crescimento na puberdade. A partir dos 15 anos corrige-se esta macrosquelia, com o aumento da coluna vertebral, tronco e pescoço.

Em virtude do crescimento alternado de diferentes partes do corpo, o adolescente pode manifestar, mesmo que temporariamente, um aspecto desajeitado, com uma relativa diminuição das suas habilidades motoras, pela presença de uma certa descoordenação quanto ao domínio de um "novo corpo". Isto é particularmente notório nos casos que apresentam um pico de crescimento acentuado (CAMPOS, 1990).

Nos últimos cem anos, nos países industrializados, registou-se uma tendência acentuada para uma puberdade precoce, influenciada pelas condições ambientais (melhor nutrição, assistência médica, exercício físico). Cada vez mais, no mundo ocidental, rapazes e raparigas são mais altos, mais pesados e mais maduros do que foram os seus antepassados durante a adolescência.

No crescimento estatoponderal existem variações para os dois sexos: no sexo masculino atinge o ponto máximo por volta dos 14/15 anos, enquanto para o sexo feminino o fenómeno é mais precoce e de menor amplitude.

O esqueleto evolui com diferenças para os dois sexos: nas raparigas o diâmetro bitrocantariano (entre os dois colos do fémur) aumenta, o que é

mencionado como um alargamento da bacia, tendo um menor diâmetro biumeral (entre as extremidades dos ombros), enquanto que nos rapazes o processo é inverso, aumenta o diâmetro biumeral, os ombros alargam, permanecendo a bacia estreita.

O crescimento muscular varia, igualmente, para os dois sexos: durante o salto do crescimento, os músculos crescem num ritmo rápido, particularmente nos rapazes, registando-se uma maior capacidade muscular e um aumento da capacidade atlética. Contudo, antes da puberdade, rapazes e raparigas, possuem idêntica força muscular.

A distribuição do tecido adiposo, pelas diferentes partes do corpo, contém variações em função do sexo: aumenta na zona do tronco até atingir a maturidade para ambos os sexos, contudo nas raparigas é notória a concentração dos tecidos adiposos nos seios, nádegas e coxas, depositando-se no rapaz mais no abdómen.

O adolescente reage às mudanças que ocorrem no seu corpo. A nova imagem corporal não é de imediato compatível com as dimensões do Eu e nem sempre é fácil integrar todas as modificações do corpo.

O adolescente, no seu percurso maturativo, é confrontado com tarefas ou realizações psicológicas que contribuem para a individuação do seu *self*. Este trabalho de transformação e maturação próprio à adolescência é descrito em termos de tarefas desenvolvimentais, que CAHN (1987) esquematiza nos seguintes níveis:

- GESELL, LEWIN, ERIKSON e BLOS referem em vários estudos que estas transformações, ditadas pelo momento do crescimento, se dividem em quatro esferas: o corpo, o pensamento, a sociabilidade e a representação de si. CLAES (1990) atribui as seguintes tarefas particulares àquelas quatro esferas do desenvolvimento: desenvolvimento pubertário, desenvolvimento cognitivo, modificações da socialização e a construção da identidade.




| Idades | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|--------|------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | desenvolvimento pubertário | | | | | | | | | | | | | |
| | Desenvolvimento cognitivo | | | | | | | | | | | | | |
| | Modificações da socialização | | | | | | | | | | | | | |
| | Construção da identidade | | | | | | | | | | | | | |

⁵ Adaptado de um quadro de CLAES. M (1990) em "Os problemas da adolescência" (pág.54).

Na adolescência, a antiga imagem do corpo infantil torna-se incompatível com a nova percepção do aspecto físico. As modificações do corpo induzem alterações nos investimentos objectais e narcísicos, e o investimento de si, ao nível do corpo, pode-se manifestar pelo interesse na sua imagem ou, paradoxalmente, por um aparente desinteresse total (MAZET & HOUZEL, 1994).

Ao rejeitar todo ou partes do seu corpo, o adolescente ataca os objectos internos e figuras parentais, atinge o seu narcisismo e a representação de si. O seu corpo torna-se o testemunho da hereditariedade dos pais e fruto da semelhança dos traços parentais. O adolescente é, muitas vezes, confrontado com a angústia de não saber o que lhe é próprio (JEAMMET, 1994); para combatê-la, o adolescente destaca-se pela conquista da separação e independência em relação aos pais e termina com o retorno aos pais num novo registo das relações, fundamentada, agora, numa igualdade relativa. De um estado de dependência emocional da criança em relação aos pais, assistimos a uma série de transformações das relações rumo a relações mais autónomas e equitativas entre pais e adolescentes. Este é, sem dúvida, um dos processos mais complicados para ambos os lados.

O desenvolvimento da autonomia adolescente é adquirido redefinindo as relações familiares, amadurecendo fisicamente, ao nível do pensamento e das relações sociais.

1. As relações familiares são redefinidas à medida que o adolescente amadurece fisicamente.
 -  a mãe passa a exercer menos controle no adolescente à medida que ele ou ela amadurece fisicamente;
 -  o adolescente tolera cada vez menos o controle maternal à medida que se desenvolve fisicamente;
 -  o pai exerce maior influência no adolescente à medida que a maturação física progride.
2. Ao nível físico dá-se um crescimento desigual das diversas partes do corpo.

3. Ao nível do pensamento regista-se uma evolução das capacidades cognitivas, surge uma nova abordagem do real, resultantes de duas aquisições fundamentais: o aumento da abstracção e da temporalidade. Paradoxalmente, embora o adolescente tenha conquistado a possibilidade de formular hipóteses, de representar os seus pensamentos e sentimentos, assim como também do ponto de vista dos outros, o facto de se encontrar numa fase de superestimação de si, preso aos sentimentos e emoções despontados pela mudança da sua aparência física, num estado de egocentrismo "interpreta o que é único para si como sendo universal para a humanidade, mas também acredita que o que é universal para a humanidade é único para si mesmo" (CAMPOS, 1991 pág.64.vol.1).
4. Ao nível das relações sociais, o grupo de iguais desempenha para o adolescente um papel estruturante, já que permite tarefas desenvolvimentais como a libertação da tutela parental e a substituição gradual do grupo de iguais (inicialmente investido narcisicamente), por uma nova modalidade de relações de competição e cooperação com os colegas de ambos os sexos.

O adolescente, envolvido num trabalho mental de desidealização das imagens parentais, está numa idealização de si próprio e, porque precária, está sujeita a oscilações, para se proteger de sentimentos de vazio, de inquietude, emergindo a necessidade de aderir a um grupo que possa constituir uma espécie de ideal intermediário. MARCELLI & BRACONNIER (1988) reforçam esta ideia do grupo como campo de mediação ou intermediário do sistema de identificações e da identidade.

PAIXÃO (1991) dá relevo na sua dissertação de doutoramento, à importância da heterogeneidade grupal para uma evolução positiva do adolescente, à conquista da individuação do *self*. Tal constituição grupal confronta o jovem com a diferença, fazendo-o sentir-se distinto, funcionando em relações modelares (identificações cruzadas) e, por esse mesmo motivo, favorável ao conhecimento de si e do outro, em oposição às relações especulares dos grupos homogêneos, em que predominam mecanismos de

negação da diferença e de projecção sistemática nos outros, comprometendo gravemente a auto-percepção.

O estado de estranheza face a si próprio e até mesmo em relação aos outros, é algo de paradoxo e explica a actualidade da adolescência. Continuidade e mudança, luto das identificações antigas e integração de novas, processo de subjectivação, caracterizam as transformações da identidade na adolescência. Na perspectiva psicossocial de ERICKSON (1972), a conquista da identidade constitui a tarefa capital da adolescência, os transtornos do seu devir matéria de referência para a patologia.

Em função destas transformações, o adolescente necessita de arranjos e mecanismos de defesa novos. Quando simplesmente reforça mecanismos anteriores, a sua intensidade pode desencadear as primeiras manifestações de uma psicopatologia. Esta pode ser reversível, com uma função estruturante ou, ao contrário, desencadear uma ruptura mais ou menos grave, correndo o risco de irreversibilidade. Aquelas manifestações podem apresentar arranjos neuróticos, psicóticos, perversos ou até compostos, com perturbações psíquicas, do comportamento, ou focalizadas sobre o corpo.

O auto-conceito

A formação do auto-conceito é considerada como o marco do desenvolvimento mais significativo do período da adolescência (RICHMAN e cols., 1985). LAWRENCE (1991) refere a propósito da formação do auto-conceito, que a percepção que os outros fazem do sujeito, assim como a própria percepção que o sujeito faz de si próprio, será fortemente afectada pela aparência física, tal como as suas realizações psicológicas.

A componente física é, conforme temos vindo a referir, um factor importante no desenvolvimento do indivíduo. A relação entre a imagem corporal e a auto - estima tem sido matéria para variadíssimos trabalhos e desenvolvimento de múltiplas teorias sobre a formação do auto-conceito.

O termo auto-conceito teve a sua origem em pleno século XX, porém, antes do seu nascimento, inúmeros autores tentaram, com dificuldade, definir de forma precisa o termo *auto*. Esta dificuldade, seguindo uma perspectiva especulativa e não científica, empurrou estes pensadores para conceitos de ordem metafísica como "alma" e "espírito". Daí que grande parte desta discussão sobre o "Eu" estivesse envolta numa confusão de dogmas filosóficos e religiosos (BURNS, 1986, citado em FERREIRA, 1997).

No final do século passado, JAMES (citado por YOST; STROBE & BALEY 1992; FERREIRA, 1997), fez a viragem entre antigas e actuais concepções do auto-conceito, através da hierarquização do termo *auto*. JAMES definiu um *auto* empírico (observável e mensurável, que é pertença de cada um) constituído por 3 níveis:

Auto material (possessão, incluindo o próprio corpo);

Auto social (reconhecimento social);

Auto espiritual (faculdades psíquicas e disposições. O auto espiritual é o estado de consciência mais activo e foi descrito como ponto de contacto entre as sensações internas e os comportamentos exteriorizados).

Nesta hierarquia o *auto* espiritual ocupa o topo (é a força directora para o *auto* empírico) e o *auto* material o nível mais baixo. Seria, pois, a partir da integração e da combinação destes *autos*, cada um deles ligado a aspectos

particulares da vida do indivíduo, que se constituiria a forma como se vê a si próprio e determinaria a sua posição de sucesso ou de fracasso no seio da sociedade, facto que irá condicionar a formação da sua auto-estima. A importância desta obra é que serviu para impulsionar o interesse dos investigadores sobre a problemática do auto-conceito.

Encontramos na literatura, como sinónimos de auto-conceito, a "imagem de si", a "representação de si", a "consciência de si" e o "conceito de si". O auto-conceito aparece, por vezes, definido como resultado da experiência social. Alguns autores insistem sobre o seu carácter subjectivo, espécie de produto da actividade física consciente e inconsciente do indivíduo. BUCHON-SCHWEITZER (1990) realça o seu carácter existencial, preocupando-se com a forma como os indivíduos se apercebem dos acontecimentos e de si próprios.

O auto-conceito é definido por PETERSEN (1984) como uma organização fenomenológica das experiências e das ideias dos indivíduos sobre si próprios em todos os domínios da sua vida. Mais recentemente, aparece MWAMWENDA (1991), a definir o auto-conceito como o modo através do qual um indivíduo se apercebe de si próprio, podendo, em função do *self*, ser positivo ou negativo, independentemente dos outros e daquilo que estes pensam de si.

Sendo o auto-conceito, em termos globais, um construto multidimensional que cobre e inclui a totalidade das percepções e avaliações que cada um faz de si próprio e, em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias, que se formam através da experiência nos vários contextos da vida em que o sujeito se move, nomeadamente através dos reforços do meio e dos outros significativos, entende-se que a sua formação se inicie na infância e se desenvolva até à idade adulta. O auto-conceito alicerça-se na interacção do indivíduo com a envolvente e uma diversidade de tarefas e responsabilidades que lhe são atribuídas e que ele deverá desempenhar o melhor possível (SHAVELSON & BOLUS, 1982). Esta definição justifica o termo *perceived competence* (competência percebida) adoptada por FOLSOM-MEEK (1991), para se referir ao auto-conceito.

Os estudos sobre a gênese do auto-conceito físico permitem concluir que as crianças reconhecem e identificam formas corporais primeiro no outro e só posteriormente as reconhecem nelas próprias. MORAT (1986) sugere o comportamento de medo face ao desconhecido, como explicação para as atitudes de adesão ao belo e de rejeição visceral pelo dessemelhante.

A atitude de rejeição face ao corpo tem sido objecto de evolução de reflexões e atitudes ao longo da história e a puberdade pode exaltar, temporariamente, as diferenças de crescimento. A sequência em que sucedem as mudanças é susceptível de despontar preocupações, sentimentos de deformidade e um auto-conceito negativo.

AJURIAGUERRA (1976) refere a propósito dos sentimentos de deformidade e da formação do auto-conceito, o termo de dismorfestesia, relativamente a uma ou várias partes, ou mesmo à totalidade do corpo.

Segundo a perspectiva de BERNARD (1985) podem ocorrer, variando de intensidade, preocupações dismorfofóbicas, atitudes de denegação e alguma decepção. Estas mudanças corporais podem constituir motivo para orgulho, vaidade ou, pelo contrário, fonte de sentimentos de insatisfação e imperfeição.

GOC-DIAZ (1988) descreve a despersonalização como uma perturbação da consciência de si, um auto-conceito negativo, que se exterioriza pela alteração do sistema de relações consigo próprio e com o mundo exterior, passando sempre pelo seu corpo.

CAHN (1987), a propósito da representação de si, refere que com a adolescência nasce um sentimento de inquietude e estranheza face a um novo corpo sexuado. Afirma, ainda, que o adolescente enfrenta a angústia de não ser mais o mesmo e algumas dificuldades em exprimir a perda de um sentimento que fez parte das suas experiências e de si. Este estado, em princípio temporário, de estranheza em relação a si próprio e aos outros, confere uma certa especificidade às metamorfoses psíquicas da adolescência, explicando o processo da adolescência, que faz tremer os fundamentos e vacilar o auto-conceito.

JERSILD (1952) e, mais tarde, ROSENBERG (1979), afirmam que os sentimentos positivos ou negativos que a criança e os adolescentes têm de si mesmos, influenciam significativamente o seu relacionamento com os outros, a sua saúde mental e, conseqüentemente, a sua adaptação ao mundo.

A auto-estima

A auto-estima tem sido definida como componente de avaliação do auto-conceito, em que a pessoa se julga e liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade. A forte relação entre auto-conceito e auto-estima poderá estar altamente relacionada com o contexto no qual o indivíduo se insere, porém auto-estima não é sinónimo de auto-conceito.

Apesar de ambos os conceitos incluírem a ideia do *self*, a auto-estima inclui uma componente avaliativa que não se encontra nas avaliações do auto-conceito (componente conotativa) (PETERSEN & cols., 1984). A auto-estima envolve uma avaliação de natureza afectiva e, ao contrário da compreensão conceptual, pode ter um valor negativo ou positivo, susceptível de ser medido quantitativamente. Questões como "quem sou eu?" permitem descrever o *self* mas não requerem avaliação do impacto dos atributos pessoais na auto-estima.

Segundo ROSENBERG (1979), a auto-estima baseia-se na concepção que formamos do nosso próprio valor: o valor pessoal global acima de julgamentos feitos sobre domínios específicos da sua vida, que é determinada pelas auto-percepções e interpretações do *feed-back* dos outros (família, amigos, colegas, superiores). Este autor identificou três componentes da auto-estima:

- ✎ Como o indivíduo se vê a si mesmo (o Eu extenso);
- ✎ Como gostaria de ver o seu Eu (o Eu desejado);
- ✎ Como se mostra aos outros (o Eu pressentido).

Apesar da identificação destas três componentes, o autor defende que a sua avaliação deve ser directa e não segundo supostas bases específicas da auto-estima, considerando a avaliação global da auto-estima uma entidade válida por si mesma (e não pelo somatório de respostas a vários domínios específicos).

Imagem corporal e sua perturbação.

SHILDER (1935) introduziu o conceito de imagem corporal, chamando-lhe “representação mental do corpo”. Considera-a um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas normais ou patológicas, enfatizou-lhe a natureza motora (o movimento é um factor de unificação das diferentes partes, colocando-as em inter-relação com a envolvente) e afectiva (modifica o valor relativo das partes).

ANZIEU (1974) remete-nos para a noção *moi-peau* (Eu-pele), que funciona como um escudo suficientemente flexível nas interacções com a envolvente e abrangedor para os conteúdos psíquicos.

PANKOW (1976) define-a como um modelo de estrutura espacial, onde numa primeira fase estabelece a relação entre as partes e o todo e, posteriormente, estrutura o sentido e o conteúdo dessa relação.

SANGLADE (1983) atribui-lhe três significados: esquema corporal, representação de si e representação mental inconsciente do Eu.

Para DOLTO (1986) a imagem corporal é sempre inconsciente e está ligada ao sujeito e à sua história.

BRUCHOM-SCHWEITZER (1987) dando ênfase à unidade somato-psíquica, refere que aquela depende de um “conjunto de sentimentos, atitudes lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global”.

Apesar da panóplia de definições sobre a imagem corporal, esta permanece um conceito polissémico. A imagem corporal, por falta de uma uniformidade na definição operacional, tem sido referida como "esquema corporal", "modelo postural do corpo", "consciência corporal", "corpo percebido", "idealização hipotética de imagens geralmente inconscientes", "desenho mental do nosso próprio corpo", "esquema", "conceito corporal", "ego do corpo", "fronteira/ limite do corpo", etc.. Contudo, apesar de polissémicas, todas aquelas referências partilham de um ponto comum: a imagem corporal é multidimensional e compreende percepções distintas.

Corpo e mente constituem-se como agentes e objectos de uma mesma unidade somato-psíquica que, quando ameaçada, deixa emergir a fragilidade da organização e da imagem do corporal. Imagem corporal é “um conjunto de representações ligadas não só a um corpo físico, real, mas também a um corpo imaginário.” (GARCIA, 1996).

A bibliografia é heterogénea (definições clínicas, psicanalíticas, psiquiátricas, psicossociais, psicogenéticas, etc.) e por vezes confusa, tanto ao nível dos objectivos como dos contextos teóricos e das operacionalizações ou avaliações (questionários, entrevistas, técnicas projectivas, testes "objectivos", etc.). Todavia, apesar da complexidade do conceito, não deixaremos de apresentar aqui o que tem sido demonstrado nos trabalhos recentes, com populações clínicas e não clínicas. Os resultados têm demonstrado que a imagem corporal é uma construção multifacetada baseada em componentes perceptivas e de atitude e compreende percepções distintas.

Segundo TUCKER (1983), a imagem corporal está relacionada com a constituição física, percepção e satisfação. VASCONCELOS (1995) esclarece que a imagem corporal, pelo seu carácter multidimensional, é produto do *feed-back* externo e das percepções internas. Nesta perspectiva é natural que a imagem que o indivíduo tem do seu corpo se encontre, muitas vezes, desfasada comparativamente àquilo que o indivíduo é na realidade.

Em 1969, SHONTZ, observou em mulheres da população normal que aquelas sobrestimavam certas zonas corporais em especial a cintura, facto que relacionou com os padrões de beleza feminina da época, que exigiam cinturas finas. Era, segundo o autor, a expressão da insatisfação com um aspecto específico do Eu manifestada pela adopção de atitudes selectivas.

A precisão da percepção da estatura ou da dimensão corporal é muitas vezes referida como "distorção da imagem corporal". Os pioneiros no estudo deste aspecto com populações clínicas foram SLADE e RUSSELL (1973), que observaram, em anorécticos, uma super-estimativa do tamanho corporal, relativamente ao grupo de controlo.

GARNER & GARFINKEL (1981) propõem que na investigação da perturbação da imagem corporal se diferenciem e analisem duas componentes:

-
-
- ✎ Componente perceptual (avaliação do tamanho do corpo);
 - ✎ Componente afectiva/cognitiva (avaliação da atitude para com o corpo).

A aceitação e importância desta proposta para a identificação dos diversos tipos de perturbação da imagem corporal foi de tal forma integrada que, em 1990, CASH & PRUZINSKY referem que investigadores e médicos se têm concentrado em duas componentes da imagem corporal relacionadas com a aparência:

- ✎ A componente perceptiva;
- ✎ A componente subjectiva ou de atitude.

A primeira, refere-se à estimativa do tamanho corporal, descrevendo a quantidade de distorção resultante de uma estimativa imprecisa. A segunda, engloba atitudes relativamente à altura e peso, a determinadas partes do corpo e à aparência física, em geral, assim como sentimentos, pensamentos e comportamentos face ao próprio peso corporal (CASH e BROWN, 1987; CASH, 1990 ambos citados por VASCONCELOS). Em 1993, GARNER & TUCKERMAN acrescentam que esta segunda componente reflecte também o nível de satisfação ou insatisfação sentida, relativamente ao corpo ou a alguma das suas partes específicas.

MABLE (1986) observou correlação positiva entre a sobrestima do tamanho do corpo e a baixa auto-estima. Um estudo mais recente, operacionalizado por FRANZOI & HERZOG (1997), veio confirmar aquele facto, acrescentando que tal variação difere em função do sexo, da etnia e da idade.

Durante a adolescência, conforme já referimos, destacam-se dois aspectos relacionados com a imagem corporal:

Sensação de fragmentação do corpo, devido às alterações corporais próprias desta fase e a diferenciação entre os sexos.

A satisfação com o corpo e o peso são aspectos importantes para os adolescentes. O ideal cultural, no que se refere à elegância feminina e ao mesomorfismo masculino, parecem estar bem incorporados nos adolescentes.

A determinação do "corpo ideal" e os problemas inerentes a esta determinação, a insatisfação com o peso ou com "sítios" corporais específicos, parecem estar mais relacionados com os padrões socioculturais do que com a identificação com grupos de referência ou o momento pubertário. Todavia, os indivíduos com baixa auto-estima necessitam de aprovação externa. Esta necessidade reforça a sua inclinação para a submissão aos ditados da moda no que diz respeito ao seu aspecto cultural (HERSCOVICI, 1996). Assim, a insatisfação com o peso nos adolescentes, não tem como único antecedente a pressão social mas relaciona-se com factores psicológicos (sentimentos de insegurança ou de incompetência social) e aspectos morfológicos.

GARNER (1980) apresenta três modelos que tentam relacionar o peso com imagem corporal:

1.º modelo - Correlação inversamente proporcional entre a alteração de peso desejada e a imagem corporal, isto é, quanto mais peso quer perder menor satisfação com a sua imagem corporal e vice versa;

2.º modelo - Quando o ideal de peso é igual ao peso subjectivo resulta em satisfação corporal e se, pelo contrário, esse ideal de peso se desvia da norma relativamente ao ideal, apresentam insatisfação com a imagem corporal;

3.º modelo - É a reunião dos dois modelos anteriores. A relação entre a alteração desejada de peso e a imagem corporal para aqueles que pretendem perder peso é diferente da relação que existe para os que pretendem ganhá-lo.

Outros autores se debruçaram sobre esta questão, destacando as preocupações típicas da adolescência no que diz respeito à imagem do corpo. CANESTRARI & cols. (1980) conduziram uma investigação sobre o vivido corporal, elaborando para tal um questionário sobre preocupações relativas a quase todas as partes do corpo, numa amostra de 213 rapazes e 218 raparigas, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos. Como grupo de controle recorreram a dois grupos de 80 e 81 indivíduos dos dois sexos entre os 10 e os 17 anos.

Deste estudo, os autores concluíram: as dismorfofobias variam com a idade. As preocupações relativas à imagem do corpo são muito difusas e mais

frequentes a partir dos 12 anos para os dois sexos, com a particularidade de ser mais elevada para o sexo feminino. A frequência superior nas raparigas foi interpretada pelos autores como uma maior disponibilidade destas em utilizar o próprio corpo para exprimir os conflitos inconscientes, ou como o resultado de um condicionamento biológico / social para a superestimação da estética do corpo.

Constataram, ainda, que só pontualmente existia uma aproximada correspondência entre certas preocupações relativas à imagem do corpo e as transformações realmente operadas.

As observações recolhidas por aqueles autores evidenciaram o papel importante que o corpo, no seu vivido e na sua representação, desempenha na solução de conflitos que surgem durante a adolescência.

A coincidência ou a falta dela entre as características físicas dos adolescentes e os estereótipos sociais foram objecto de análise por LERNER (1985), concluindo que as características corporais de um adolescente evocam reacções diferenciadas na sua socialização com os outros e o *feed-back* daí resultante repercute-se neste, influenciando o seu posterior desenvolvimento.

Os pontos de referência físicos a que o adolescente estava habituado foram alterados, logo as interacções entre o corpo conhecido e o corpo vivido, conduzem a uma falência do Eu, aquilo que MOITA (1986) descreveu como "impossibilidade que o sujeito tem de se distanciar (...) do corpo real enquanto lugar das transformações vividas" (pág. 250).

Segundo CÉLERIER (1989), o adolescente serve-se do seu corpo como um objecto a controlar através das condutas centradas sobre o corpo: as condutas somáticas (as perturbações da esfera alimentar e do sono). O corpo exprime os afectos, tal como as palavras. O sintoma somático funciona como um meio de expressão de um sofrimento, causado por agentes físicos ou psicológicos.

Quando o Eu corporal está afectado, de uma forma mórbida, aparecem diferentes transtornos expressivos da corporalidade como a histeria (o corpo está sujeito a todas as somatizações e perturbações funcionais, testemunho

da emoção, com uma natureza exuberante, dramática), a astenia (insônia, impotência erótica, cefaleias, melancolia e fadiga que pode ser uma forma suave de neurose, resultante de sentimentos de insegurança e de insatisfação), as convulsões (desorganização do corpo e da mente), a psicossomática (separam as suas emoções, perdendo estas a possibilidade de serem elaboradas psiquicamente).

Os afectos não mentalizáveis provocam uma reacção de hiperactivação de uma função corporal, uma concentração de maior intensidade energética sobre órgãos do corpo, responsável pelo sintoma. Deste modo, cria uma distância tal, que não é reconhecido como uma expressão de sofrimento desencadeado por outro agente.

A doença psicossomática, na sua lesão corporal, não é travada por defesas psíquicas), a hipocondria (última tentativa de desculpabilização, aliviando o sujeito e incriminando o corpo, em que o apelo da ajuda médica pela prescrição medicamentosa, funciona como uma espécie de intervenção mágica, polarizada na esfera corporal, numa tentativa de recuperação da função valorizante do corpo e apazigua o estado de angústia), angústias psicóticas e construções delirantes (os sujeitos exprimem impressões de descorporalização, de despersonalização e sentimentos de estranheza quando se observam ao espelho: impressões preceptivas e sensoriais de um corpo deformado).

Distúrbios do comportamento Alimentar

Alimentação

Antes de mergulharmos nos detalhes da patologia, examinemos como a nossa alimentação é normalmente regulada. Regimes alimentares desequilibrados do ponto de vista dietético podem desencadear emagrecimentos graves.

Os mecanismos neurotransmissores complexos cuja base é o hipotálamo (centro nervoso situado na base do cérebro), tomam normalmente a seu cargo a manutenção de um peso e regulam o apetite em função das nossas necessidades. Contudo, o que é o objecto da regulação não é o peso em si, mas o armazenamento de gordura no corpo; O peso ideal do tecido adiposo seria assim programado neste mecanismo de equilíbrio ponderal.

Uma alimentação superabundante conduz a um aumento da secreção da insulina pelo pâncreas; o aumento da insulina age sobre a região hipotalâmica e daí resulta uma diminuição do apetite e um aumento simultâneo da utilização das gorduras paralelamente armazenadas.

Quando a gordura diminui abaixo de um certo nível, uma reacção inversa tem início: o apetite aumenta e as gorduras são utilizadas até à reconstrução do armazenamento. Quando o armazenamento da gordura varia, o tempo de espera necessário a uma activação ou a uma redução do apetite é variável, particularmente no adulto: alguns corrigem uma relação excedentária num período de 24 horas, enquanto que outros levam entre três a sete dias até que a variação da gordura tenha influência no seu apetite. Estes últimos terão um peso mais flutuante em torno do peso médio (APFELDORFER, 1995).

Privação de alimentos

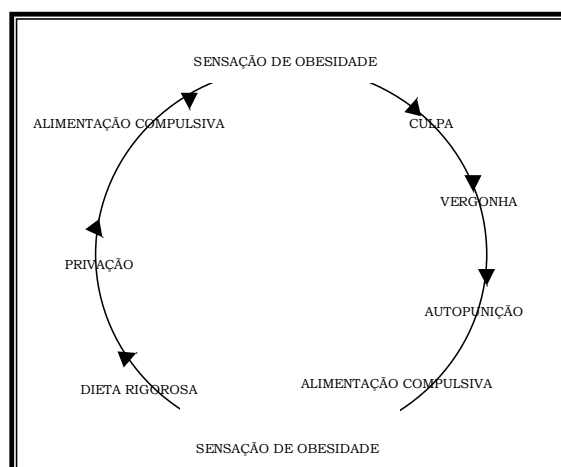
A privação dos alimentos pode ser completa ou incompleta. A privação completa é apelidada de jejum, quer seja voluntário ou involuntário (por falta de alimentos); em ambos se observam as mesmas alterações biológicas e psicológicas. No plano biológico, o metabolismo, porque depende em grande parte da utilização de glicose, pára decorridos dois ou três dias, e são as gorduras armazenadas que fornecem a energia que o metabolismo não pode produzir. A sensação de fome intensa e dolorosa quase desaparece e dá lugar à euforia, à impressão de lucidez e clareza mental. O interesse centra-se nas actividades intelectuais, na espiritualidade; o corpo enfraquece e vai sendo esquecido. É por esse motivo que a privação de alimentos tem sido utilizada como forma de libertação do materialismo, pelos que ascendem a um contacto com entidades transcendentais. Buda, Jesus, Santos e outros profetas, todos jejuaram por penitência e, em maior ou menor grau, quase todas as tradições religiosas apelam ao jejum. O Ramadão, o Yom Kippour, a Quaresma são disso exemplo (APFELDORFER, 1995).

Quando a privação de alimentos é incompleta e se consomem glícidos, mesmo em pequena quantidade, a fome e o desconforto persistem tanto a nível físico como psíquico. Para o indivíduo em estado de restrição alimentar, os alimentos tomam um carácter obsessivo: torna-se irritado, ansioso, depressivo, sem apetite sexual e perde a capacidade de se comover. Se esta restrição severa perdura, a agressividade e a procura de alimento evoluem para um estado de apatia, de desinteresse geral e de letargia na qual a percepção do tempo desaparece. Se, neste estágio, o indivíduo tem acesso a alimentos, perde todo o controlo e empanturra-se avidamente de forma bulímica (APFELDORFER, 1995).

Estudos recentes, realizados em países do Ocidente, denominados de desenvolvidos, mostraram que um terço das mulheres recorre ao jejum, durante certos períodos e uma em cada 10 aos vômitos auto-induzidos, para controlo de peso. Esta prática, apesar de esporádica (uma adolescente em cada 20 recorre a ela uma vez por semana) é cada vez mais precoce, às vezes a partir dos 13 anos.

O inverso do jejum e da restrição alimentar é a hiperfagia. Se emagrecer pelo jejum e restrição obriga a lutar contra processos biológicos de regulação, o que implica um grande controlo, o mesmo se passando com a hiperfagia. Aumentar de peso para além do peso de equilíbrio revela-se tão ou mais difícil que perdê-lo. Os síndromas de jejum e de restrição alimentar observam-se na anorexia mental e na bulimia, porém a instabilidade emocional, a irritabilidade, a ansiedade, a depressão, o enfraquecimento afectivo e sexual, a procura obsecada de comida que caracterizam o estado de restrição alimentar podem, no obeso, parecerem ainda mais surpreendentes (APFELDORFER, 1995).

Os regimes alimentares impostos são demasiado rigorosos e punitivos e o corpo não se entregará facilmente, negando o seu impulso natural. A alimentação compulsiva em excesso impõe-se sobre a dieta rigorosa e as sensações de gordura, culpa e vergonha, retornam. E assim se perpetua o ciclo (HUTCHINSON, 1998).



HUTCHINSON (1998), Espelho Meu, Espelho Meu.

Efeitos do "Corpo Moda"

BRUCHON-SCHWEITZER (1990) afirma que a satisfação com a imagem corporal, parece ser a dimensão avaliativa predominante, espécie de *Gestalt* percebida, de um corpo globalmente amado ou não, globalmente conformado às normas ideais ou não, e de onde se tira maior ou menor prazer ou sofrimento.

Com efeito, qualquer indivíduo pretende que o seu corpo se aproxime tão perto quanto possível do "corpo ideal". Contudo, este corpo ideal tem variado culturalmente, trazendo consequências para a imagem corporal.

Com excepção dos gregos, que incluíam aptidão física no conceito de beleza e, por isso, consideravam o corpo masculino mais belo que o feminino, a atracção física e os esforços contínuos para se aproximar dos ideais culturais sempre foi apanágio das mulheres.

Os romanos elegiam o rosto para definir beleza e repudiavam a obesidade. Gostavam de orgias alimentares mas valorizavam a magreza, como consequência utilizavam a regurgitação (comportamento bulímico, socialmente aceite), para manterem baixo o seu peso.

Entre o século XV e o século XVIII, gordura era sinal de erotismo e fertilidade. Mulher e Mãe eram sinónimos. As mulheres eram desejadas pelo seu valor procriativo e a mulher bela retratada como uma matrona rechonchuda e de fartos seios (GARNER & cols. 1983).

No século XIX a mulher personalizava-se em dois extremos: uma era magra, delicada e frágil, outra pesada e robusta. A primeira, era admirada pelos seus valores morais e era provenientes das classes sociais mais elevadas. A Segunda, era conotada com a sensualidade e encontravam-se entre as classes mais baixas (prostitutas e actrizes). No fim do século XIX, independentemente da classe social, as formas roliças eram sinal de saúde e sensualidade.

No começo do século as mulheres comprimiam tanto os seus torsos com o corpete, que às vezes chegavam a quebrar as suas costelas inferiores, com a finalidade de conseguir uma cintura de vespa, em voga naqueles anos.

Ainda antes da I Grande Guerra surge um novo ideal de mulher, que combinava elementos de beleza antiga com novos traços. A nova mulher manteve um busto e coxas generosas e preservou uma linha corporal elegante e o sentido de decoro da anterior delicadeza frágil: começou a praticar desportos e a mostrar as suas pernas elegantes. No após guerra as saias encurtaram e os decotes aumentaram.

Os anos 20 foram marcados pela mulher arrapazada e sem peito nem curvas, primando pela quase ausência de caracteres sexuais secundários femininos, que voltam a ser recuperados, com ênfase no busto, nos anos 30. A beleza feminina personifica-se, então, em mulheres como Greta Garbo. Estes ideais de beleza foram mantidos durante a década de 40, surgindo, nesta altura, as pernas como símbolo erótico. Lana Turner e Jane Russell eram os modelos de identificação feminina.

Nos anos 50 os ideais de beleza ainda aclamavam elegância acompanhada de voluptuosidade, oscilando entre uma sexualidade "sísmica" e uma sensualidade "aristocrata". Mulheres como Marilyn Monroe no primeiro caso e Grace Kelly no segundo, reflectiram estes ideais. Ainda nesta década, prolongando-se até aos anos 60, os modelos começaram a apresentar uma simetria busto - anca, com a gordura distribuída entre estes dois pólos e afastada da cintura.

Em 1966 aparece uma nova sensação e um novo ideal: Twiggy. A sua popularidade apagou o apelo das voluptuosas figuras até então idolatradas. Um exemplo que mostra a tendência cultural em possuir uma silhueta cada vez mais delgada é a sondagem realizada sobre as preferências dos visitantes ao Museu de Cera de Madame Tussaud, em Londres. Em 1970, Liz Taylor foi a figura mais votada, seis anos mais tarde os louros foram para Twiggy, a modelo mais representativa do "corpo palito". A partir de então, com excepção de um pequeno período na década de 80, em que aparece um novo, mas efémero, ideal corporal feminino, personificado por Jane Fonda e Vitoria Principal, a mulher tornou-se mais magra, ao ponto de a figura ideal, em termos de peso, se encontrar abaixo dos valores considerados normais.

GARNER & cols. (1980) afirmam que estas mudanças tiveram por companhia o aumento da prevalência dos distúrbios alimentares (anorexia

nervosa, bulimia, abuso medicamentos para emagrecer, laxantes, diuréticos, etc.).

Para a mulher contemporânea e para a sua imagem corporal, perder peso tornou-se sinónimo de esmero pessoal, sucesso e atracção, independentemente de saberem que os homens as preferem mais cheias.

A obsessão por ter uma silhueta cada vez mais magra, converteu-se numa espécie de tirania que afecta, cada vez mais, um número maior de adolescentes jovens, especialmente do sexo feminino.

Nos últimos 75 anos, a partir do momento em que os alimentos começaram a abundar e a estarem mais acessíveis, o adelgaçar entrou em moda ciclicamente. Com efeito, o factor económico tem a sua quota parte de responsabilidades na variação do ideal de corpo ao longo dos tempos: quando escasseavam os alimentos, preferiam-se as formas arredondadas, como símbolo de opulência e poder, inversamente, nas épocas em que abundam alimentos, dieta é sinal de autodisciplina.

HERSCOVICI (1998) refere que foi no começo do século XX com a deslocação das mulheres para o mercado de trabalho, que se começou a idealizar a esbelteza. Este facto é reforçado nas últimas três décadas, em que houve um maior ingresso da mulher no mundo laboral. As dietas massificaram-se de tal forma que actualmente a mulher é considerada atraente, desejável e de sucesso se for magra e bela.

O peso corporal também parece estar relacionado com as classes sociais. Nos EUA, a obesidade é seis vezes superior nas mulheres das classes baixas quando comparadas com mulheres de classes altas. Por sua vez, os estudos de imigrantes e sua descendência mostra que as novas gerações ascendem na escala socioeconómica e a obesidade declina, especialmente nas mulheres. O poder das influências socioculturais é imenso.

Os meios de comunicação bombardeiam as pessoas com imagens que associam a felicidade à figura esbelta. FALLON (1990) referiu que, de uma forma geral, os indivíduos influenciados pela própria cultura se submetem às mais variadas "torturas" na perseguição dos ideais de beleza. O mesmo autor afirma que nesta "perseguição da beleza" o doloroso preço não conta e,

enuncia, para além dos adereços, uma série de outras transformações a que os indivíduos são capazes de se submeterem: transformações do esqueleto (face e cabeça), a ablação das bochechas, as alterações da boca, lábios, dentes, seios, nariz, a circuncisão masculina e a excisão feminina, os pés ligados, etc.

A sociedade é implacável na pressão que exerce para a submissão aos padrões de beleza estabelecidos. A importância da imagem corporal é óbvia pelo tempo despendido e os esforços realizados para a alterar (roupas, descolorações, tratamentos de pele, depilações dolorosas, tatuagens, cirurgias plásticas, etc.), porém, também é óbvia que a criação desta necessidade não é ingênua. A máquina comercial instalou-se e a venda da ilusão de um corpo ideal é o seu maior angariador de clientes.

Segundo CARMO (1997), em 1976, o jornal italiano La Republica denunciava que 33% dos homens e 47% das mulheres queriam emagrecer. Calcula-se que a prevalência de excesso de peso e obesidade em Itália seja de aproximadamente 46% para os homens e 30 % para as mulheres o que indicia que estas tenham maior tendência para a magreza. Nos EUA julga-se que 80 milhões de pessoas fazem dieta (1/3 da população). Em Portugal, um inquérito feito por CARMO & cols. (1990) para analisar se as pessoas com peso normal queriam diminuir-lo, verificou-se que dos 360 respondentes 79% eram do sexo feminino das quais 41% eram magras e pretendiam perder ainda mais peso. Constatou-se, também, que 97% das mulheres com peso normal manifestavam desejo de emagrecer.

GARCIA (1996) numa revisão bibliográfica extensa acerca do ideal estético, verificou que nos EUA e no Reino Unido, 80% das mulheres fazem dieta; 43% das raparigas de 12 anos queriam perder peso, 11% faziam dieta, 43% das raparigas com 14 anos autodenominavam-se de obesas, 63% desejavam perder peso e 23% faziam dieta⁶, que 1/3 das raparigas inglesas com 9 e 10 anos desejavam ser mais magras⁷; em S. Francisco, 70% das crianças com 9 anos e peso normal, faziam dieta porque se achavam gordas⁸.

⁶ CRISP (1984). Cit. In STAPLETON GARCIA

⁷ HILL (1994). Ibidem

⁸ ORBACH (1993). Ibidem

Segundo HERSCOVICI (1997), mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos sentem-se suficientemente gordas, a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso.

Fronteira de Peso

Na medicina tudo é frequentemente classificado e o destino de um indivíduo dependerá da casa na qual foi agrupado o seu modo de sofrimento. A anorexia mental ou anorexia nervosa é um transtorno do comportamento alimentar reconhecido há muito tempo; a bulimia mental ou bulimia nervosa é sobretudo referida desde os anos 80; o síndrome de hiperfagia incontrolada, (que significa voracidade alimentar, empanturramento, comer compulsivo ou *binge eating disorder*) desperta a atenção dos investigadores desde os anos 90. Muitos comportamentos alimentares aberrantes são vividos de forma episódica, como por exemplo diferentes formas de tendências excessivas para alguns alimentos como o chocolate, o síndrome de hiperfagia nocturno, a anarquia alimentar, etc., e não podemos confundir nem estes comportamentos nem os emagrecimentos derivados de um investimento delirante na alimentação, em que a absorção de certos alimentos contém significações simbólicas diversas (conteúdos ameaçadores), com um distúrbio alimentar cuja silhueta do corpo esteja em primeiro plano.

Um dos transtornos psiquiátricos que ilustra o problema do diagnóstico diferencial das perturbações da esfera alimentar, é o caso da esquizofrenia, em que é possível a manifestação de hábitos alimentares bizarros, desencadeando uma perda de peso, ou até mesmo o uso de purgantes; porém, nesta situação, a questão psicológica central não é atingir um estado de magreza: estamos perante um quadro delirante, a comida pode estar envenenada (delírios paranóides) ou o estomago deformado (delírios somáticos).

A depressão na adolescência é um quadro que pode ocasionar anorexia, todavia, pode não derivar de uma luta contra o apetite, nem ser motivada pela procura de uma figura elegante, mas antes uma perda do interesse pela comida. Porém, os distúrbios das condutas alimentares na adolescência são cada vez mais frequentes e manifestam-se, tanto isoladamente, como associadas à obesidade, à anorexia e à bulimia, afectando a dimensão corporal. Muitos adolescentes adoptam comportamentos peculiares, com o objectivo de controle do peso, sem modificar as condutas alimentares: é o caso do recurso ao vômito após acessos

bulímicos. Inicialmente, os vômitos são activados voluntariamente, mas com a sua continuidade correm o risco de se transformarem em reflexos, involuntários. O recurso a medicação, fora da vigilância médica, constitui a outra escolha mais comum. Este tipo de condutas está frequentemente associada a episódios de bulimia, anorexia e síndrome de hiperfagia incontrolada.

Nos últimos anos, os distúrbios alimentares têm sido alvo de discussão cada vez mais frequente nos meios de comunicação, ultrapassando os limites da especialidade.

A anorexia e a bulimia são distúrbios caracterizados por um comportamento alimentar bizarro. Ocorrem com muito mais frequência no sexo feminino do que no masculino e acometem pessoas que têm uma preocupação excessiva com a aparência e a forma do corpo.

A anorexia pode ocultar-se por muito tempo atrás de comportamentos aceites e até estimulados pelos ideais da nossa época. Actualmente é muito difícil encontrar uma mulher jovem que esteja satisfeita com a sua figura e nunca tenha feito uma cura de emagrecimento. Daí, que as razões que levam o anoréctico a querer perder peso, sejam semelhantes às de qualquer outra pessoa e que, na sua fase inicial, o procedimento de um anoréctico não se distinga dos hábitos das inúmeras pessoas que fazem dieta em busca de um corpo esbelto e se mantêm saudáveis ou contribuem, através dessas mesmas dietas, para melhorar a sua saúde.

Os métodos escolhidos para cumprir com este objectivo nada têm de particular, no entanto as diferenças acabam por se revelar. A maior parte das pessoas abrande a rigidez do controle alimentar ou cessa a sua dieta, pelo menos quando atinge o peso desejado. O futuro anoréctico, pelo contrário, continua a passar fome, mesmo que já tenha ultrapassado há muito o seu objectivo. Define um novo peso ideal, atinge-o e redefine um outro mais baixo, até que a sua bandeira começa a significar perder peso eternamente.

A balança passa a ser a mais alta instância de controle e a imagem que tem do seu corpo é diferente da que os outros têm dele. Não vê o corpo na sua globalidade mas apenas determinadas zonas como as coxas, barriga ou ancas. Os métodos utilizados, nesta fase, para alcançar o seu ideal de magreza

são de uma rigidez férrea e os alimentos passam a ser catalogados como permitidos e proibidos. O orgulho que sentem na sua força de vontade estimula-os a prosseguir com as regras, cada vez mais duras. Passaram então a fronteira entre a perda de peso inofensiva (resultante do seu desejo de serem mais elegantes e atraentes) e a anorexia.

A perda de peso transformou-se num objectivo em si mesmo. As motivações iniciais há muito que ficaram para trás e a pessoa anoréctica recusa-se a reconhecer que a sua aparência se tornou inestética. No entanto, acredita que só pode ser bem sucedida através da manutenção do emagrecimento. Este objectivo, resulta muitas vezes no absurdo de uma perda de peso constante sem limite inferior. O peso ideal destes jovens é regulado através da relação entre ingestão e consumo de energia e, assim, reforçam a sua perda de peso obsessiva combinando a redução de ingestão de calorias com exercícios físicos destinados a consumi-las. Esta combinação pode dar-se desde o princípio da doença ou ser um mecanismo a que estes jovens recorrem quando são obrigados a consumir alimentos que catalogaram como proibidos, devido à pressão da família ou ao início de uma terapia.

As palavras ANOREXIA - que significa falta de apetite e BULIMIA - que significa excesso de apetite, são enganadoras; parecem opostos mas, na verdade, podem coexistir na mesma pessoa em épocas distintas.

Na verdade, os anorécticos não têm falta de apetite, muito pelo contrário, sentem fome embora ocultem o facto teimosamente. Muitos anorécticos preferem enganar a fome mastigando pastilhas elásticas, bebendo litros de líquidos sem calorias ou iludi-la lidando o mais possível com comida. Mas, para mais de 60% dos anorécticos, chega o dia em que perderam o controle, quebram o duríssimo regime comendo muito mais do que aquilo que se permitem. Este fenómeno é, muitas vezes, o princípio de uma série de crises de fome incontrolável: a anorexia transformou-se em bulimia.

Na realidade a bulimia pode desenvolver-se em congruência da anorexia, mas pode, também, surgir como uma doença independente.

O bulímico acometido chega a ingerir níveis inimagináveis como 10.000 calorias numa única refeição, parando de comer apenas quando

acontece algo que o interrompa como; por exemplo, o término da comida, a interferência de outra pessoa ou quando começa a passar mal. Nesses momentos, uma terrível sensação o acomete: a percepção da perda de controle. Para compensar, provoca vômitos, ingere quantidades excessivas de anorexígenos, laxativos ou diuréticos ou exercita-se excessivamente.

Estes distúrbios da alimentação acompanham-se de morbilidade e mortalidade significativas. A anorexia nervosa provoca todos os distúrbios associados à desnutrição e, em casos extremos, a morte. Já a bulimia nervosa associa-se mais frequentemente a distúrbios hidroelectrolíticos e aos efeitos físicos dos vômitos. A taxa de mortalidade infelizmente não é desprezível, gira em torno de 15%. A *causa mortis*, para além da provocada pela desnutrição, pode ser arritmia cardíaca, hemorragia digestiva, suicídio, etc.

O tratamento baseia-se predominantemente em psicoterapia, não raro necessitando do uso de medicamentos, como antidepressivos, que serão indicados pelo psiquiatra, conforme julgue necessário. Frequentemente recorre-se também ao auxílio de um endocrinologista ou outro clínico para controlar os distúrbios metabólicos associados.

A anorexia é uma questão médica séria e a menos entendida de todas as desordens alimentares e é provável que exista desde sempre, porém só em finais do século XIX foi descrita, pormenorizadamente, em França e em Inglaterra. Hoje em dia, segundo alguns especialistas, a doença alastra nos países industrializados, em proporções epidémicas, enquanto que nos países chamados terceiro mundo a sua incidência quase não têm significado. Embora não hajam dados precisos sobre o número total de anorécticos, as estimativas apontam para um caso entre cada 100 a 150 raparigas na puberdade, isto é entre 0,6% a 1%.

A anorexia e a bulimia afectam, principalmente, raparigas e mulheres jovens sendo muito mais rara entre rapazes e, apesar destes distúrbios terem critérios de diagnóstico independentes, têm em comum o medo mórbido de ganhar peso.

Em Portugal, tal como noutros países, os distúrbios alimentares têm, nos últimos dois anos, recebido a atenção de muitos pesquisadores. Os estudos epidemiológicos feitos em Portugal revelaram que a prevalência dos

distúrbios alimentares é baixa, quando comparada com outros países ocidentais, contudo os estudos mais recentes revelam um aumento dessa prevalência relativamente aos valores obtidos nos estudos anteriores (MACHADO & cols., 1999).

A causa exacta dos transtornos alimentares é desconhecida, mas existe uma variedade de teorias psicológicas, sociais, culturais, familiares e bioquímicas, nem sempre consensuais. Contudo, as últimas linhas de pesquisa têm tentado compreender os distúrbios alimentares inserindo-os no contexto dos modelos estruturais do Eu.

VITOUSEK & HOLLON (1990), por exemplo, avançaram com a afirmação de que o núcleo psicopatológico dos distúrbios alimentares pode estar representado nos esquemas cognitivos unindo ao conceito do Eu, o da aparência e do peso. Tais modelos conceptuais sustentam que as preocupações com a aparência e com o peso são, não só responsáveis pelos distúrbios alimentares dos indivíduos, mas também têm uma influência central na formação (positiva ou negativa) do auto-conceito.

A sustentar este ponto de vista aparecem COOPER & FAIRBURN (1993) ao afirmar que os modernos ideais de aparência e peso e a sua influência sobre o auto-conceito ao nível da imagem corporal e peso, constituem o epicentro dos distúrbios alimentares.

Anorexia Nervosa ou Anorexia Mental

Embora AVICENO, no século XI, Porta no século XV e MORTON no século XVII, tenham descrito casos de anorexia mental, é com as descrições clínicas do francês LASÈGUE, em 1873, e do inglês GULL, em 1868 e 1874, sem conhecimento mútuo que, verdadeiramente, se dá início à definição e compreensão dos comportamentos anorécticos.

GULL (1874) refere que a doença se manifestava mais no sexo feminino entre os 16 e os 23 anos, embora também fosse observada no sexo masculino nas mesmas idades e define a anorexia nervosa (AN) como “uma perda de apetite devido a um estado mental mórbido” (cit. In TORRES, 1986, pág. 14). Notou, nos seus pacientes, elevados índices de actividade física comentando que “parece dificilmente possível que um corpo tão emagrecido possa suportar o exercício que inclusivamente parece agradável” (cit. In TORRES, 1986, pág. 14).

LASÈGUE (1873) refere-se a 8 pacientes do sexo feminino com idade entre os 18 e os 32 anos e acentua o aspecto evolutivo da doença referindo que, a princípio, a paciente após uma refeição sente enfartamento, desconforto e sofrimento, considerando que a melhor forma de o evitar é restringir a alimentação. Depois vai reduzindo a ingestão de alimentos com pretextos (dores de cabeça, indisposição, etc). Ao fim de algumas semanas a recusa de comida é evidente e pode prolongar-se indefinidamente. A tríade sintomática dos três “A” de Lasègue (**A**norexie; **A**maigrissement; **A**mènorrhée) é, até hoje, um ponto de referência diagnóstico importante.

O quadro da anorexia⁹ mental (AN) parece ter ficado definido com estes autores, como um distúrbio claramente psicopatológico. Mas a evolução dos conceitos médicos sobre esta patologia foi um pouco mais acidentada. A confusão foi lançada pelo uso generalizado do conceito ligado às causas psicogéneas, incluindo depressões e estados psicóticos graves. A natureza psicogénea foi posta em causa a partir de 1914, mas é só a partir dos anos 50 que se começa a voltar à ideia de uma origem puramente psicológica da doença.

⁹ Do grego *anoreksia*. Palavra constituída pelo prefixo *AN* – que indica privação – e por *OREKSIS* – que significa desejo.

Apesar do estudo da AN só ultimamente ter despertado o interesse entre nós, a ponto de ser tema de dissertações e teses, já em 1947 Elysio de Moura havia abordado o tema da AN da seguinte forma: “A Anorexia Mental é um síndrome mui sui generis, psicógeno, de expressão somática (...) observa-se com enorme predominância no sexo feminino, no período da adolescência (...). A restrição alimentar, que constitui a sua primária manifestação aparente, tende a atingir proporções mortais, se não for reprimida por uma psicoterapia oportuna e adequada. (...) Poder-se-ia chamar-lhe Anorexia Nervosa (mas este qualificativo anda um tanto ou quanto descreditado) ou psíquica. A Anorexia Mental tem quase sempre um começo insidioso e imperceptível. Por via de regra a alimentação vai sendo reduzida gradativamente (...) dissimulada com auxílio dos mais variados estratagemas, das mais hábeis fraudes; antecede um emagrecimento evidente (...). A descida ponderal acompanha o decréscimo da alimentação e o anoréctico mental vai sofrendo uma diminuição de peso que pode igualar ou porventura exceder 50%. Mas facto notável – o genuíno anoréctico mental não atenta na indispensabilidade da alimentação, não reconhece o perigo mortal que o espreita (...). Proclamam o seu bem estar e a dispensabilidade de melhor alimentação (...) satisfeito com o seu aspecto físico, o anoréctico mental não se considera doente. O anoréctico mental mostra-se retraído, reservado. Esquiva-se a elucidar-nos sobre os seus motivos justificativos da sua hipo-alimentação (...) ocultando, engenhosamente, os alimentos que afirma ter ingerido, falsificando o resultado da pesagem (...) ainda para mais, não raramente vomita em segredo (...) mostram-se exageradamente activos e é de espantar a sua resistência à fadiga” (MOURA, E., 1947).

No entanto, foram precisas mais duas décadas para que o diagnóstico pudesse ser diferenciado (RUSSEL, 1970). Actualmente não resistem dúvidas que é a paragem de alimentação que leva a diferentes perturbações endócrinas e neuroendócrinas e não o inverso (APPELDORFER, 1995).

GOLDBLOOM e cols. (1990) resumem, a propósito dos transtornos alimentares na adolescência, as definições de Anorexia Nervosa nestes termos:

- ✎ Anorexia nervosa (AN) "é um transtorno de alimentação caracterizada por **fome auto-imposta**, devido à perseguição implacável de magreza e o medo mórbido de gordura, (...) uma luta obstinada é travada contra sensações internas de fome, para alcançar um domínio imaginário" (pág 100).

Um dos aspectos característicos da AN, apontado por vários investigadores, é a presença de um transtorno da imagem corporal, a pessoa superestima o seu tamanho e dimensões corporal (corpo real) acreditando-se gorda em momentos avançados de magreza.

No estudo de doentes anorécticas, uma das características das perturbações da representação corporal é a avaliação exagerada do peso. É subestimada a gravidade da desnutrição, a incapacidade de se comparar a outro sujeito, e a avaliação correcta da estatura em função da confecção da roupa.

Presentemente reconhece-se a AN como uma doença mental distinta das outras, merecendo por isso lugar no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) editadas pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), com 4 actualizações (DSMIV) e na Classificação Internacional das Doenças (International Classification of Diseases) editada pela Organização Mundial de Saúde com 10 actualizações (ICD10). No entanto, esta nem sempre foi posição dominante e outrora foi considerada como consequência de outras patologias. São exemplo disso:

- ✎ A **depressão**, devido à elevada percentagem de anorécticos com depressão (STROBER & KATZ, 1987; HALMI & cols., 1991; KAYE & WELTZIN, 1993). Contudo a evidência de que a tendência para a magreza é o epicentro do quadro clínico, afastou a sua integração na depressão.
- ✎ As **perturbações obsessivas**, devido à variedade de sintomas de natureza obsessiva que caracterizam os anorécticos. Contudo, a diminuição destes sintomas com o aumento de peso afastou a hipótese daqueles estarem relacionados com perturbações

obsessivas mas sim com a fome (MORGAN & RUSSEL, 1975; HSU & HARDING, 1979).

✎ A **esquizofrenia**, devido a características como isolamento social, negativismo e indecisão; contudo, a perda de peso no paciente esquizofrénico deve-se a delírios que envolvem comida e não à distorção da imagem corporal, pelo que a distinção é clara, embora alguns anorécticos evoluam para psicoses.

Com efeito, a AN é uma síndrome distinta das outras doenças, com critérios de diagnóstico definidos. As classificações mais utilizadas são as apresentadas na DSMIV e na ICD10.

| Anorexia Nervosa ou Anorexia Mental | |
|---|---|
| <p><i>(Diagnostic and Statistical Manual DSMIV, 1994)</i></p> <p>A – Recusa de manter um peso igual ou superior ao peso mínimo adequado à idade e à altura, isto é, perda ponderal de 15 por cento ou falência no ganho de peso correspondente ao período de desenvolvimento, levando a um peso 15 por cento abaixo do esperado.</p> <p>B – Medo intenso de engordar ou de aumentar de peso, mesmo com um peso anormalmente baixo.</p> <p>C – A forma e o peso do corpo são encarados de forma anormal, a autocritica é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo, ou existe uma recusa em encarar as consequências do reduzido peso do corpo.</p> <p>D – Nas adolescentes, as amenorreias pelo menos durante 3 meses consecutivos.</p> <p>Foram ainda distinguidos dois tipos de Anorexia Nervosa:</p> <p>Tipo Restritivo – A pessoa não apresenta nem episódios de hiperfagia incontrolados (voracidade alimentar), nem comportamentos compensatórios para prevenir o aumento de peso.</p> <p>Tipo bulímico – O indivíduo apresenta hiperfagias incontroladas acompanhadas de comportamentos compensatórios para prevenir um aumento de peso, tais como vômitos provocados, consumo de laxantes ou diuréticos.</p> | <p><i>(International Classification of Diseases – ICD10)</i></p> <p>A – Peso corporal estável pelo menos 15 por cento abaixo dos valores normais ou índice de massa corporal (IMC) de Quetelet com um valor de 17,5 ou inferior.</p> <p>B – Perda de peso imposta por recusa de alimentos que engordam e presença de um ou mais dos sintomas que se seguem: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ ou diuréticos.</p> <p>C – Distorção da imagem corporal sob forma de psicopatologia específica que se manifesta pelo engordar como um ideia intrusiva sobrevalorizada, em que o paciente impõe a si próprio um peso situado num limiar baixo.</p> <p>D – Transtorno endócrino generalizado envolvendo um eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado nas mulheres por amenorreia e nos homens por perda de interesse e potência sexuais. Pode também haver níveis de hormonas de crescimento elevados, níveis aumentados de cortisona, alterações no metabolismo periférico da hormona tiroideia e anormalidades na secreção de insulina.</p> <p>E – Se o início se verificar antes da puberdade, o desenrolar dos acontecimentos da puberdade é atrasado ou mesmo travado. Com a recuperação da doença dá-se a menarca, ainda que tardiamente, mas este facto é compensado com o desenvolvimento normal da puberdade.</p> |

Os casos de AN têm vindo a aumentar em todos os países europeus, nos EUA, no Canadá, no Japão, nas populações brancas da África do Sul e das classes mais elevadas da América do Sul. Por oposição, quase não existe anorexia fora dos supracitados casos.

Os anorécticos são mais frequentemente adolescentes, sendo a maioria de sexo feminino (90% dos pacientes com anorexia são mulheres e apenas 10% homens), porém as preocupações pelo aspecto físico por parte dos rapazes, têm crescido de uma forma notável e a ser verdade que a existência de anorexia ou bulimia era menor nos homens porque também não existiam modelos masculinos comparáveis com Twiggy, actualmente temos os modelos Kelvin Klein. Devemos, pois, estar atentos à evolução destas tendências masculinas, porque é evidente que vigoram novos padrões estéticos para o género.

A jovem anoréctica, tipicamente é uma adolescente obediente, caseira, com bons resultados escolares, com um quociente de inteligência superior à média, e se não é o caso eleva-o com um acréscimo de trabalho, enfim, um objecto de satisfação perpétua para os seus pais.

Tudo começa de forma banal e insidiosa: a menina achando-se muito “redondinha” começa, como tantas outras da sua idade, um regime de emagrecimento. Mas este expande-se e acaba por escravizá-la e sem saber muito bem quando é que as coisas mudaram, passa de um fenómeno de moda para a busca da pureza e rejeição de toda a corporeidade. Agora a anoréctica luta activamente contra os seus apetites. Algumas, designadas de anorécticas do tipo restritivo conseguem-no de forma contínua, impondo-se a uma dieta exageradamente reduzida em quantidade e em qualidade de alimentos, em especial hidratos de carbono (pão, tortas, massas, guloseimas, batatas, etc) e gorduras. Outras, as do tipo bulímico, estão por vezes sujeitas a bulimias e só conseguem o estado de magreza que as caracteriza Através da indução do vômito, da absorção de medicamentos diuréticos e laxantes ou então dedicando-se a exercícios físicos intensos.

A anoréctica vive no pavor de engordar e vê o seu corpo como obeso, mesmo sendo de uma magreza patológica. O seu ideal de corpo é “ausência de

corpo”, isto é, um corpo sem substância, sem espessura, sem músculos. As formas femininas são objecto de desgosto, a sexualidade é globalmente recusada e a amenorreia¹⁰ um alívio. Não é raro que este corpo esteja sujeito a vários sacrifícios, como por exemplo, caminhadas forçadas, banhos de água gelada e vários actos de contração. Esta busca de sofrimento, este comportamento que ronda o masoquismo é encarado pela anoréctica como uma diligência positiva de natureza ascética destinada a controlar o corpo tornando-se o seu dono, para dele se poder libertar.

A anoréctica não se considera doente mas como alguém que teve a coragem de escolher. Define a sua atitude como uma escolha pessoal, filosófica ou religiosa. Mas na prática, a preocupação com o seu comportamento alimentar faz com que desenvolva ideias estranhas, mágicas, místicas, megalómanas e se afaste dos outros.

A alimentação da anoréctica toma frequentemente aspectos estranhos, comendo apenas pequenas quantidades de alimentos que considera isentos de resíduos que não lhe sujem o interior do corpo, os intestinos. Quando os pais ou o médico querem forçar a anoréctica a comer e a aumentar de peso, esta ludibria-os (temporariamente) com comportamentos ilusórios (manipula o seu talher sem nada levar à boca, cospe cada garfada no guardanapo, bebe enormes quantidades de água ou enche os bolsos com objectos pesados criando a ilusão de que engordou).

Apesar destes estranhos comportamentos e da falta de alimentos, a anoréctica permanece durante muito tempo extremamente activa e dinâmica, o que lhe permite perder grande quantidade de peso sem suscitar grandes preocupações das pessoas que as rodeiam. Mas a insuficiência alimentar acaba por a desmascarar. A menstruação falha e falta, a elegância transforma-se em magreza, seguida de desnutrição. Nos casos mais graves os olhos afundam-se nas orbitas, as faces escavadas, os cabelos secam e caem, as unhas ficam com estrias e partem e os dentes ficam descalcificados.

¹⁰ Amenorreia ou ausência de menstruação é um sintoma precoce de alterações provocadas no organismo pela fome ou por um distúrbio alimentar grave (excluída a hipótese de gravidez).

A evolução é variável. Umas voltam a comer e retomam um peso compatível com uma vida normal; outras (70 a 80%) embora tenham uma evolução favorável em relação ao peso e à alimentação persistem com anomalias psicopatológicas que necessitam de tratamento terapêutico; outras ainda, transformam a sua doença numa cronicidade ou fatalidade (5%).

Na anorexia tipo bulímico encontra-se maior tendência para a cronicidade do que na anorexia tipo restritivo. Com frequência apresentam antecedentes de obesidade e a perda de peso é conseguida com recurso a drogas, abuso de laxantes, diuréticos e indução do vômito. As características de personalidade deste subgrupo incluem labilidade do humor, maior actividade sexual, descontrolo, impulsividade e distúrbios ao nível do pensamento e da comunicação (SELVINI-PALAZZOLI, 1974).

Na anorexia tipo restritivo existe uma heterogeneidade tão grande que não foi possível definir um tipo de personalidade específica, embora se encontrem padrões de comportamento comuns (GARNER & GARFINKEL, 1982; PIRAN e cols. 1988).

Durante muito tempo, a amenorreia foi considerada como principal sintoma do diagnóstico de AN, e sendo este inválido para os rapazes a recusa de alimentos era então interpretada como a manifestação de uma esquizofrenia¹¹ inicial. Esta visão está, actualmente, ultrapassada e a classe médica reconhece a identidade das AN dos dois sexos. Considera-se, agora, que a perda de toda a apetência sexual e erecção corresponde, nos rapazes, à amenorreia e à recusa da sexualidade, nas raparigas. O quadro clínico, o grau de gravidade e as modalidades de evolução são idênticas. Falta agora, à ciência, explicar a razão pela qual nove anorécticos em cada dez são do sexo feminino.

¹¹ Doença mental caracterizada por uma desagregação psíquica e pela perda de contacto com a realidade

Bulimia Nervosa ou Bulimia Mental

Se a AN suscitou o interesse da classe médica desde o século XIX, as condutas bulímicas foram, durante muito tempo, consideradas como simples sintomas de patologias mais graves. O termo Bulimia¹² foi utilizado originariamente para descrever avidez de alimentos acompanhada de sensação de fraqueza. As condutas bulímicas foram objecto de longa divagação nosográfica, ligadas consecutivamente a esta ou aquela patologia. Lasègue, Ferenczi e Freud vêem-nas como sinais de neurose, Jeammet via nelas um grave sinal de depressão e a partir dos anos 20 do último século do milénio passado a corrente psicanalítica restabelece uma relação entre a bulimia e as toxicodependências: falam de perversão oral; toxicodependência sem droga, de vício, permitindo uma descarga emocional do tipo curto-circuito do trabalho psíquico. É uma perspectiva totalmente diferente da que é proposta pelos autores que ligam a bulimia e a obesidade. Para eles, estes comportamentos alimentares têm como característica serem referentes a indivíduos cujo peso é a principal preocupação. A pessoa sente uma preocupação muito grande pelo seu aspecto e peso corporais, com uma acentuada tendência a julgar o seu valor a partir destas variáveis. É este temor doentio à gordura que distingue o bulímico de qualquer outra pessoa que ocasionalmente possa comer de forma exagerada.

O empanturramento alimentar ocasiona um mal estar físico e psíquico muito intenso, vinculado fundamentalmente à perda de controle. Por exemplo, a pessoa sente que não pode parar de comer ou então não pode controlar o que ou quanto come. A comida é quase sempre rica em hidratos de carbono e gorduras, é ingerida com rapidez, de forma desordenada, às vezes sem utilizar talheres, nem apreciar o sabor. O disparador inicial costuma ser a fome, devido a uma dieta muito restrita, mas à medida que o tempo passa, o empanturramento generaliza-se como modo de resposta a distintas situações que provocam tensão emocional.

Diferentemente da pessoa anoréctica, cuja magreza extrema evidencia a existência de um problema, a pessoa bulímica tem um peso normal ou até mesmo excesso de peso e a doença pode ter o seu curso de forma secreta

¹² Do grego Boulimia, formado pelo étimo Bous (boi) e limos (fome), de onde decorre o significado literal fome de boi.

durante anos. Se a BN é precedida por AN deve ser considerada uma forma de cronificação do transtorno alimentar.

A BN é oficialmente reconhecida na nomenclatura psiquiátrica internacional a partir dos anos 80 do último século do milénio passado. Em 1987 o diagnóstico é, finalmente, reservado apenas aos indivíduos bulímicos que conservavam um peso próximo da normalidade devido a comportamentos compensatórios, protótipo deste diagnóstico.

Os critérios de diagnósticos mais actuais para esta afecção são:

| | |
|--|---|
| Bulimia Nervosa ou Bulimia Mental (<i>Diagnótic and Statistical Manual DSMIV, 1994</i>) | |
| A – Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva que se caracterizam por dois aspectos: | |
| 1. | Comer num curto período de tempo uma quantidade de comida que é definitivamente superior àquela que as pessoas comuns comeriam num período de tempo semelhante e nas mesmas condições. |
| 2. | Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio. |
| B – Com a intenção de evitar o aumento de peso recorre regularmente a comportamentos compensatórios como vomitar, utilizar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou então exercício físico em excesso. | |
| C – Os empanturramentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana em três meses consecutivos. | |
| D – A valorização pessoal está indevidamente influenciada pelo peso e aspecto corporal. | |
| E – A perturbação nervosa não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa. | |

GOLDBLOOM e cols. (1990), resumem, a propósito dos transtornos alimentares na adolescência, as definições de Bulimia Nervosa nestes termos :

- ✎ Bulimia nervosa (BN) enquanto sintoma, pode estar associada a uma diversidade de transtornos médicos, até mesmo coexistindo com anorexia nervosa. Pode manifestar-se em sujeitos com peso normal. "São como que orgias alimentares, caracterizadas por um consumo rápido de uma grande quantidade de alimentos. Estende-se para além da orgia alimentar, inclui um senso de perda de controle, auto-

depreciação pós-orgia e o desejo de purgar a comida ingerida através de uma variedade de meios" (pág.100)

Segundo DEJONG & KLECK (1986), a percepção da obesidade é altamente aversiva, em especial para as raparigas. BAUER & ANDERSON (1989), afirmam que as expectativas irrealistas relativamente à forma corporal têm sido identificadas como causa principal da bulimia, fazendo com que estas mulheres se sintam falhadas e culpadas por não conseguirem esculpir o corpo desejado. PINTO-GOUVEIA (2000) refere, a propósito, da emergência dos distúrbios alimentares, em especial da bulimia nervosa, que numa época em que o ideal contemporâneo de beleza para a mulher se tem “transformado num corpo irrealista e progressivamente mais magro” é fundamental que compreendamos que este desvio se deve ao facto do peso médio das mulheres na população geral ter baixado, “o que as condena a uma insatisfação generalizada com o seu peso”. Esta situação torna facilmente perceptível o motivo da depreciação do corpo ter como epicentro a sobrestima do mesmo.

Relativamente à voracidade alimentar, FAIRBURN, COOPER & COOPER (1986) defendem que estes episódios funcionam como uma distração, ainda que temporária, de outros problemas, através do prazer que retiram ao comer comidas que catalogaram de proibidas e do alívio da depressão e ansiedade.

Os bulímicos tendem a utilizar o peso e a forma corporal como critério de auto-avaliação, o que interfere significativamente com a auto-estima. Têm tipicamente vergonha dos seus problemas alimentares e tentam ocultar os seus sintomas e é por esse facto que tudo se faz no maior secretismo: os episódios de ingestão compulsiva (frequentemente precipitados por estados de humor disfórico), os acontecimentos interpessoais stressantes, a fome intensa após um período de restrição alimentar ou os sentimentos associados ao peso, corpo e comida.

Distinguem-se dois tipos de bulimia: a de tipo purgativo e a de tipo não purgativo. A primeira descreve os quadros clínicos da pessoa que regularmente recorre ao vômito auto-induzido ou ao uso de laxantes, diuréticos ou enemas; a segunda refere-se aos quadros clínicos em que a pessoa emprega outras condutas compensatórias, tais como o jejum, o

exercício físico vigoroso, mas não recorre regularmente aos vômitos auto-induzidos ou ao abuso de laxantes, diuréticos ou enemas.

Os bulímicos têm habitualmente um peso normal, podendo estar ligeiramente emagrecidos ou ligeiramente gordos. A este sintoma estão associados os sintomas depressivos, as perturbações do humor, os sintomas ansiosos e uma personalidade *borderline*.

A BN pode começar tanto num indivíduo com peso normal como em excesso. O ponto de partida é sempre um comportamento relacionado com o controlo do peso, com aquilo que comeu ou com a forma e tamanho do corpo; gira em volta de uma restrição alimentar prolongada, que devido às suas características se torna insustentável, fracassando então a tentativa de controlar o peso pela restrição da ingesta. Depois sobrevém o empanturramento e os distintos métodos de purga.

HERSCOVICI (1997) apresenta o começo da bulimia em termos esquemáticos, da seguinte forma:



Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (SOE)

No DSMIV (1994), sob a designação de transtornos do comportamento alimentar, encontramos para além da AN e da BN já descritas, os OSE utilizados para classificar as perturbações alimentares que não preenchem todos os critérios para uma perturbação específica. Podemos incluir como exemplos:

1. Reúne todos os critérios para AN, excepto a amenorreia.
2. Reúne todos os critérios para AN, mas, o peso do indivíduo está dentro dos parâmetros normais.
3. Reúne todos os critérios para BN, mas a compulsão alimentar é inferior a 2 vezes por semana.
4. Perturbação de ingestão compulsiva: episódios de voracidade alimentar compulsiva na ausência de comportamentos compensatórios habituais, característicos da BN.

A perturbação de ingestão compulsiva, voracidade alimentar ou como é referido nos estudos internacionais *binge eating*, é uma modalidade diferenciada das SOE e caracteriza-se pela forma de comer copiosa e rápida até se sentirem incomodamente cheias, contudo não recorrem aos mecanismos de compensação extremos da bulimia. Calcula-se que 30% das pessoas que seguem programas de emagrecimento têm este sintoma, o que lhes eleva a tendência para o abandono e para a recuperação.

Um estudo de SPITZER e cols. (1992), revela que 2% da população geral são vulneráveis a este transtorno; 30% está em programas de controle de peso e 70% comparecem aos Gordos Anónimos (programa de auto-ajuda para obesos).

Comparado com a AN e a BN, este transtorno é mais comum entre os homens, tendo provavelmente uma frequência semelhante para os dois sexos.

Epidemiologia

Conforme temos vindo a referir, a anorexia é uma perturbação mental e do comportamento alimentar que se caracteriza por uma perda exagerada de peso, cujo ponto de partida visível é a busca tenaz da magreza, mediante a redução de alimentos que consideram engordantes e/ ou a utilização de distintos métodos de purga auto-induzida e/ ou excesso de actividade física.

Os primeiros estudos históricos sobre a AN afirmam que este transtorno do comportamento alimentar (TCA) emerge no finais do século XIX. Contudo, é a partir da Segunda Guerra Mundial que o número de mulheres com AN aumenta nos países ocidentais, sendo este aumento substancialmente visível nas décadas de sessenta, setenta e oitenta do primeiro milénio, o que levou ao início dos estudos epidemiológicos.

Em 1966, HUENEMANN e cols., num estudo que envolveu 469 raparigas e 394 rapazes adolescentes dos EUA, verificou que 70% das raparigas desejavam perder peso e 55% faziam regime. Um ano depois, no mesmo país, DWYER e cols. (1967) com uma amostra de 446 raparigas e 145 rapazes, concluiu que 80% das adolescentes queriam perder peso e 37% estavam a fazer dieta.

Em 1971, na Suécia, NYLANDER, num estudo que envolveu todos os adolescentes da cidade de Umea (1241 raparigas e 1129 rapazes), observou que 73% das raparigas e 20% dos rapazes se encontravam demasiado gordos e 44% das raparigas e 4% dos rapazes estavam a fazer dieta de emagrecimento.

Em 1976, CRISP e cols., num estudo de prevalência, inquiriu 12397 jovens que frequentavam as escolas privadas de Londres e verificou que a prevalência da AN era de 0,46%.

Nos EUA, DORNBUSCH e cols. (1984), durante 9 anos (1975-1984), fez um inquérito nacional à população adolescente dos 14 aos 17 anos (3202 raparigas e 3536 rapazes) e verificou que 48% das raparigas e 14% dos rapazes desejavam ser mais magros. Em 1983, JOHNSON e cols., num estudo que envolveu 1292 raparigas, observou que 69% já haviam feito dieta e 37% estavam a fazê-la; 2,7% tomavam laxantes, 3,9% auto-induziam o vômito, 1,9% tomavam diuréticos e 21% sofriam de voracidade alimentar.

Na Austrália, ABRAHAM e cols. (1983) efectuaram um estudo com 106 indivíduos dos 17 aos 27 anos e verificaram que 86% já haviam feito dieta e 55% estavam a fazê-la; 5% tomavam laxantes, 3% tomavam diuréticos, 3% ingeriam anorexígenos e 6% já tinham feito tratamento à anorexia, perda de peso, problemas de comportamento alimentar ou obesidade.

POPE e cols. (1984) num estudo de prevalência da AN e BN em estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, verificou que das 155 raparigas inquiridas 1,9% sofriam de AN e 6,5% de BN. No mesmo ano, os mesmos autores, elaboram um inquérito e administram-no a 300 mulheres, clientes de um centro comercial de Boston, com idades compreendidas entre os 12 e os 65 anos, e observaram uma prevalência de 0,7% de AN (2,5% no escalão etário dos 13 aos 20 anos) e 10,3% de BN (17,7% no escalão etário dos 13 aos 20 anos).

LEICHNER e cols. (1986), num estudo que envolveu 4704 adolescentes dos ensino privado, público e universitário canadense (2407 raparigas e 2297 rapazes) com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, concluiu que 22% das raparigas e 5% dos rapazes sofriam de Transtornos do comportamento alimentar (TCA).

Em Espanha, TORO e cols. (1989), numa pesquisa com uma amostra de 706 raparigas e 848 rapazes, verificou que 5% tinham TCA, 9,4% já tinham feito dieta e 43,5% desejavam ser mais magros.

Nos EUA, WHITAKER e cols. (1989) questionaram 5008 adolescentes (2444 indivíduos do sexo feminino e 2564 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos e verificaram que, 13% das raparigas e 2% dos rapazes tinham distúrbios alimentares, 81% e 38% de adolescentes do sexo feminino e masculino, respectivamente, desejavam perder peso, 16% das raparigas e 2% dos rapazes assustavam-se com a possibilidade de ganhar peso, 63% das raparigas e 18% dos rapazes estavam a fazer dieta, 8% das inquiridas e 2% dos inquiridos provocavam o vômito, 2% das adolescentes e 0,8% dos adolescentes tomavam laxantes, 0,9% das raparigas e 0,6% dos rapazes tomavam diuréticos; 17% das raparigas e 2% dos rapazes estavam a tomar anorexígenos. A prevalência de AN foi de 0,2% para as raparigas e 0%

para os rapazes; a prevalência da BN foi de 1,2% para as raparigas e de 0,4% para os rapazes.

De acordo com GARFINKEL (1993), a prevalência na AN ocorre em cerca de 1% de adolescentes; no DSMIV (1994) a prevalência varia entre 0,5% e 1%. No entanto, se os grupos estudados forem de bailarinas ou modelos, a prevalência passa a ser de 6,6%, como demonstra um estudo feito no Canadá, citado por CARMO & cols. (1994). GARNER & GARFINKEL (1980) observou uma prevalência de 6,5% em estudantes de dança e de 7% num curso de modelos.

POPE & Cols. num estudo de prevalência, verificou que a NA era superior entre raparigas ocidentais de classe social elevada, apontando valores de 2,1%.

Num estudo em que CARMO e seus Colaboradores (1994) revelam as conclusões de um questionário elaborado pela equipa médica da Consulta de Comportamento Alimentar do HSM, construído de acordo com a definição mais rigorosa da doença, ao qual responderam 2398 alunas das escolas secundárias da área da grande Lisboa, verificou-se que 0,4% (9) das raparigas sofriam de AN¹³, 12,6% (257) tinham alterações da imagem corporal e perda de peso sem deixarem de ser menstruadas e 7% (145) tinham alterações da imagem corporal sem perderem peso, o que nos remete para uma prevalência de 19,6% (12,6%+7%) de doença parcial ou subclínica (pode corresponder a uma fase da AN em que ainda não foram preenchidos todos os critérios da doença, mas em relação à qual é necessário estar atento)¹⁴, 38% (774) queriam ter um peso inferior, 49% (998) das inquiridas, com peso igual ou inferior ao normal, consideravam ter uma parte gorda no corpo e 51,5% (1047) declararam pavor de engordar.

A BN começa, habitualmente no fim da adolescência ou no início da idade adulta, persiste durante vários anos e é duas vezes mais comum do que a AN.

¹³ prevalência inferior a outros países europeus, mas com valores idênticos à Austrália e Israel.

¹⁴ Para STAPLETON GARCIA (1996), estes dados sugerem que Portugal se encontra numa situação intermédia e transitória, relacionada com marcadores socioeconómicos, mas que se poderá alterar, pois apresenta situações subclínicas bastante elevadas.

FAIRBURN (1994), na 6^a. Conferencia Internacional de Distúrbios Alimentares, referiu que os estudos epidemiológicos de então mostravam que há pelo menos tantos casos de BN não tratados como os que estão em tratamento, o que significa que o que sabemos desta afecção se reporta apenas ao sector da população que procura assistência.

APFELDORFER (1995) refere que a BN englobando os vômitos auto-provocados, sem sobrecarga ponderal, não é tão frequente como se chegou a pensar e aponta uma prevalência de 2% da população feminina em 1983 e uma descida para 0,9% em 1990. Afirma ainda que se em cada 3 mulheres uma está sujeita em determinado período, a fomes caninas, apenas 2,4% provocam o vômito e 2,7% usam laxantes.

HERSCOVICI (1996) afirma que este distúrbio afecta as mulheres adolescentes e adultas jovens, entre 1% e 4%.

No DSMIV (1994) a prevalência deste distúrbio manifesta-se entre adolescentes e mulheres jovens e é aproximadamente de 1% a 3%. Tal como na AN, nos homens, a taxa de ocorrência é de $\frac{1}{10}$ em relação às mulheres.

Em 1999, um estudo publicado pela ACSH (*American Council on Science and Health*) afirma que nos EUA, cerca de 2% a 3% de adolescentes desenvolvem BN, 0,1 a 0,6% desenvolvem AN e que aproximadamente 2% dos adultos (1 a 2 milhões de americanos) tem *binge eating* (compulsão alimentar).

Não obstante toda esta informação, os estudos epidemiológicos oferecem dados díspares. HSU (1996) assinala que a incidência da AN e BN provavelmente aumentou nos últimos anos, sendo os dois dos transtornos psiquiátricos mais frequentes em mulheres jovens do ocidente, esta a sua prevalência directamente correlacionada com as dietas. FOMBONNE (1995) revisa todos os estudos sobre AN, publicados desde 1970 a 1995, com o objectivo de avaliar se a prevalência é maior nos estudos mais recentes. Na análise dos 29 estudos publicados, o autor refere uma prevalência de 1,3 por cada 1000 mulheres, sem aumento desta taxa nos estudos mais recentes. O mesmo autor revisa também os trabalhos sobre BN desde 1980, não encontrando aumento de prevalência (FOMBONNE, 1996).

A propósito, HOF (1994) refere que o aumento da AN é equívoco e pode dever-se a diversos factores como o incremento das publicações, à generalização dos dados a partir de observações clínicas e à maior familiaridade e conhecimento da doença, o que permite um diagnóstico mais correcto. O mesmo autor refere que relativamente à BN, o aumento de diagnósticos pode dever-se a um maior conhecimento desta patologia por parte dos médicos e a uma maior tendência dos pacientes em admitir o problema, podendo dar a impressão de que o transtorno está a aumentar.

Por outro lado, os estudos de prevalência mostram, invariavelmente, que existem mais casos em populações escolares que os revelados nos estudos clínicos. LÁZARO (1998) refere que esta situação se deve ao facto de haver pessoas que experimentam períodos curtos de problemas alimentares que se sanam espontaneamente, sendo poucos os que se convertem em enfermidade crónica. No mesmo estudo, este autor refere que “pode dizer-se que, na população geral, a curva dos TCA é descendente, isto é, existe uma elevada frequência de curta duração e uma baixa frequência nos casos de longa duração, enquanto que na população clínica a situação é inversa: há poucos pacientes de resolução rápida e bastante mais que se cronificam. Além disso é importante referir que os TCA não especificados, são provavelmente, mais frequentes nos jovens do que os TCA clássicos, sem esquecer que muitos deles não são diagnosticados nem tratados.”

A natureza multideterminada dos distúrbios

A AN e BN são síndromas multideterminados, com uma interacção variada de componentes físicas, psicológicas, familiares e culturais. São doenças nas quais a regulação nutricional é recomendada, ao longo da infância e adolescência e podem conduzir à distorção da imagem corporal, consequente aumento da preocupação com o controle do corpo através da alimentação. As causas destas doenças não se deixam enumerar e é necessário um conjunto de circunstâncias para que alguém se torne bulímico ou anoréctico. Os estudos mais recentes apontam para factores biológicos, socioculturais, familiares e pessoais.

A APA (1994) aponta os seguintes factores de risco: **factores culturais** (idealização de uma forma esbelta - magreza associada à beleza) e **padrões familiares** (exagero de atitudes culturais; história familiar de transtorno alimentar, de transtorno afectivo, abuso e dependências de substâncias); **factores individuais** (distorção da imagem corporal, medos sociais limitados ao comportamento alimentar, aspectos da personalidade, obesidade, estilo cognitivo e doença clínica crónica).

Actualmente “Discute-se, a nível científico, se a partir de um certo ponto a subalimentação não dá origem a um círculo vicioso: as células nervosas responsáveis pelas trocas metabólicas centrais são tão afectadas pela fome que o processo patológico se prolonga e renova” (GERLINGHOFF & BACKMUND, 1997, pág. 65).

Vários estudos científicos preocuparam-se em identificar populações vulneráveis, mesmo tendo presente que a etiologia da AN e BN não está completamente determinada.

HILL & OLIVIER (1992) efectuaram pesquisas na área da imagem corporal e hábitos alimentares, numa população do sexo feminino, constituindo, para tal, dois grupos de comparação com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos (grupo 1) e entre os 14 e os 15 anos (grupo 2), provenientes da classe média, de raça branca e estudantes. Os autores procuraram compreender as motivações para as restrições alimentares naquela população e verificaram o seguinte:

1. As raparigas com elevadas contenções alimentares apresentavam baixa estima corporal, descontentamento com o formato, peso e algumas regiões do corpo. A forma ideal do corpo era mais adelgada do que a do formato do corpo real.
2. - A insatisfação com algumas partes da configuração do corpo ou do próprio peso constituía motivo para o aparecimento de restrições alimentares.
3. - Em ambos os grupos eram partilhados os descontentamentos e insatisfação com partes do corpo e as crianças (grupo 1) estavam tão motivadas para a dieta como as raparigas cinco anos mais velhas.

Segundo estes autores, muitos destes descontentamentos eram incongruentes relativamente aos dados reais da forma/ peso do corpo, reflectindo antes o impacto da Imagem Corporal Idealizada.

A motivação para a dieta e o descontentamento expresso pelas raparigas, em alguns casos eram legitimados pela presença de apenas 10% de peso a mais, no grupo 1 em 40% das raparigas e no grupo 2 em 50%. Contudo, grande parte não tinham excesso de peso. Para muitas raparigas a configuração corporal percebida constituía maior fonte de motivação para a dieta, do que o peso real do corpo.

Estes autores concluíram que as crianças crescem no mundo alimentar dos adultos e o efeito de modelação de comportamentos na esfera alimentar é, desde cedo, actuante. Com efeito, as crianças interiorizam os valores, as crenças, os estereótipos, vivem cada vez mais no mundo dos adultos e o exemplo mais concreto é a valorização da aparência física, captada desde cedo pelas crianças. Acrescentam também que crianças a partir dos 6/9 anos adquirem antipatia pela obesidade do corpo e podem, desde logo, desenvolver percepções culturais de atractividade física dos adultos.

A maioria dos investigadores têm destacado, ao longo das suas pesquisas em pacientes com distúrbios alimentares (anorexia nervosa e bulimia), o impacto de estereótipos socioculturais que realçam a aparência

física, particularmente a configuração corporal. Os distúrbios alimentares aparecem relacionados com um estilo de vida, em que a dieta é uma preocupação dominante.

Num estudo comparativo com uma população normal, de mulheres jovens, recorrendo a escalas para avaliar, dentro dos dois grupos, a feminilidade e a definição de papéis sexuais, concluíram que o grupo com distúrbios alimentares revelava *scores* inferiores aos do grupo comparativo relativamente aos parâmetros em análise. Mostraram, também, níveis elevados de ambivalência quanto à orientação dos papéis sexuais, um falso hiperfeminismo e baixo auto-conceito que, para aqueles autores, contribuíram para o aparecimento dos distúrbios alimentares. Apresentam um corpo andrógino, tido como uma forma de evitar a maturidade das formas femininas e a assunção da identidade sexual.

Numa revisão da literatura sobre distúrbios alimentares, verificámos que desde cedo, na infância, ocorrem distúrbios alimentares atípicos, que nalguns aspectos se aproximam de critérios diagnósticos da anorexia nervosa (medo de engordar, distorção da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso, controle da ração alimentar, de fontes calóricas, etc.).

Modelos explicativos dos distúrbios alimentares

O aumento da frequência dos distúrbios alimentares, aliado aos insucessos terapêuticos, suscitou a necessidade de compreender os seus mecanismos. Vários têm sido os modelos que tentaram explicar a origem e o desenvolvimento desses distúrbios. Contudo, uma explicação detalhada dos modelos e das suas interações está para além do âmbito deste trabalho e por si só seria assunto para uma dissertação. Passaremos, por isso, apenas em revista algumas perspectivas: a corrente da psicologia experimental, a abordagem psicodinâmica e a cognitiva-comportamental.

Psicologia Experimental

Uma corrente é a da psicologia experimental que desde a década de 70 do ano de 1900, põe o acento sobre o que GERLINGHOFF & BACKMUND (1997) chamam de “centragem de atenção sobre o meio”. Assim, classificaram o obeso e o bulímico de *externalistas*, fortemente influenciados pelo mundo exterior e relativamente insensíveis às sensações internas, em que a fome e a saciedade são exemplos. Neste contexto a teoria de restrição cognitiva de HERMAN & POLIVY refere que os indivíduos resistem à vontade de comer e desviam-se dos sinais de fome bem como da maioria das sensações físicas e emocionais, focalizando a sua atenção sobre o mundo exterior. Mais recentemente, na década de 90 do ano de 1900, HEARTHERTON E BAUMEISTER, propõem uma visão mais dinâmica no qual os comportamentos de voracidade alimentar surgem no indivíduo com restrições alimentares quando tenta escapar a uma dolorosa consciência de si. Ele volta então ao modo de funcionamento mental com um menor nível de consciência, o que o dispensaria de antever o significado da sua existência. A redução da capacidade cognitiva levá-lo-ia a abandonar as suas inibições, a reatar com os esquemas de crenças irracionais, a centrar-se no momento presente e nos prazeres imediatos

Abordagem Psicodinâmica

As primeiras explicações do comportamento dos distúrbios alimentares vieram da corrente psicanalítica onde se focou essencialmente a fixação-regressão oral. Os distúrbios aparecem na puberdade quando a criança se transforma em rapariga ou em rapaz e deve assumir os atributos e o papel do seu género. Revelando-se incapaz, vira-se então para o erotismo dos estados de desenvolvimento precedentes (oral e anal).

O indivíduo oral, como lhe chamou a corrente, é dominado por uma forte necessidade de incorporação e devoração. Avidéz, a incapacidade de esperar, os comportamentos excessivos, as reacções de carácter binário, a versatilidade dos sentimentos (alegria, tristeza, angústia ou cólera alternadas sem grande diferenciação) caracterizam o seu funcionamento mental. Fazendo mal a separação entre o eu e o não eu, o indivíduo oral vive todas as relações de um modo fusional, passivo e dependente de outro, alternando avidéz afectiva e a rejeição bruta.

Nesta perspectiva a principal diferença entre os bulímicos e os anorécticos é que os primeiros sucumbem aos seus impulsos orais e devoradores e os segundos opõem-se com sucesso à sua emergência, tendo por isso um acesso a mecanismos de defesa, característicos do estado anal, com maior frequência em que o corpo é fecalizado e o intelecto idealizado.

Nos anos 70 do século XX esta visão edipiana é posta em causa e os distúrbios da personalidade anoréctica, do bulímico ou do obeso são vistos de uma forma mais profunda: de natureza pré-edipiana.

Citemos, por exemplo, KESTEMBERG & DECOBERT (1972), que referem que a vida fantasmática da anoréctica por ser pobre obriga a que as relações objectais se façam de um modo arcaico e pré-edipiano, com uma forte necessidade de incorporação do objecto. O movimento regressivo intenso por que passam as anorécticas leva-as a uma concentração em si que conduziria a uma megalomania cuidadosamente guardada em segredo. Um masoquismo erógeno primário pela qual a não satisfação de uma necessidade vital é erotizada vai conduzi-los ao extremo limite do orgasmo da fome. A atitude de recusa da anoréctica e o prazer que ela daí retira, servem-lhe para se

autonomizar relativamente ao mundo externo e ao meio e, assim, refazer um sentimento de existência enfraquecido.

BRUCH (1973) insiste particularmente na vivência corporal. Para este autor a perturbação fundamental consiste numa má discriminação entre as diferentes sensações físicas (necessidades corporais) e emoções, fome e saciedade, angústia e cólera. Estas perturbações seriam a consequência de uma má aprendizagem na infância, a mãe impondo as suas próprias sensações e emoções, os distúrbios de percepção da imagem do corpo, a dependência relativamente à mãe e a fragilidade da identidade constituem para esta autora a matriz geral dos diferentes distúrbios do comportamento alimentar.

Os defensores da linha pré-edipiana insistem sobre a dependência relativamente aos objectos externos, sobre as relações fusionais e a dialética do ódio e da rejeição que eles implicam, sobre as perturbações da identidade e a incapacidade de se individualizar.

A instabilidade particular das condutas alimentares na adolescência, desde que não tome um carácter repetitivo que comprometa o equilíbrio ponderal, explica-se, do ponto de vista psicodinâmico, na convergência dos seguintes factores:

1. A necessidade de controle face à emergência pulsional.
2. A capacidade de regressão, na sua dimensão temporal. Uma reactualização das exigências da pré-genitalidade, modos de satisfação libidinal primários, parcialmente abandonadas.

1. A emergência pulsional coloca a genitalidade no primeiro plano das preocupações mentais, consequentemente uma falência da organização do eu. Como modalidade defensiva, o retorno temporário a modos de satisfação já experimentados na infância como menos ameaçadores: a reactivação da pulsão oral. A ameaça é agora deslocada para a silhueta corporal.

A apropriação e domínio das necessidades corporais, a pertença do corpo, a necessidade de renúncia face à ilusão simbiótica (fantasmas fusionais), na tentativa de adquirir a identidade e sair da

ilusão simbiótica, exigem, seguindo esta perspectiva, a realização de uma segunda individuação.

A necessidade de incorporação, metaforicamente descrita como "fome de objecto", num momento de desequilíbrio entre os investimentos objectais e narcísicos pode assumir uma forma muito concreta, pela absorção de alimentos como um meio de luta contra o sentimento de vazio, contra a depressão subjacente.

Esta incorporação, numa fixação oral, reactiva fantasmas primários de destruição do objecto. A culpabilidade face à destruição do objecto, activa um mecanismo defensivo de controle da fome, passando o adolescente por comportamentos de alternância entre a necessidade de incorporação e tentativa de controle.

Certos adolescentes ingerem quantidades exageradas de modo caótico, uma compulsão alimentar, que nem sempre é desencadeada por sensação de fome. Do ponto de vista psicopatológico, as crises bulímicas podem traduzir sentimentos difusos de doença, de angústia, de estado depressivo transitório, de vazio, de aborrecimento. Trata-se de uma pulsão não controlada ou, ao contrário, muito controlada, relacionada com uma profunda desintração pulsional.

A crise bulímica representaria uma tentativa inútil de incorporar o objecto maternal associado à angústia de o destruir (uma relação imaginária agressiva e/ou mortífera com a figura da mãe).

TATOSSIAN e cols. (1989) defendem, numa interpretação psicanalítica, que a anorexia mental na adolescência exprime a rejeição pelo próprio corpo, fundamentalmente uma rejeição do corpo feminino e a mudança sexual que comporta; é descrita como um síndrome que traduz um emagrecimento grave, ao ponto de colocar em risco a própria vida, uma negação da fome, enquanto necessidade fisiológica, uma fobia do alimento, vivido como perigoso ou repugnante.

A perspectiva de JEAMMET (1989), bem a propósito da interpretação destas perturbações das condutas alimentares, refere que estas ocorrem em

certas personalidades sob o impacto traumático da puberdade. Este autor interpreta tais condutas alimentares de auto-sabotagem, um ataque ao corpo ou suas aquisições, despontando pela puberdade, sobretudo nas raparigas. A anorexia mental constitui, para este autor, um dos quadros clínicos que se revela e aparece especificamente no decurso da adolescência, traduzindo uma patologia específica desta fase.

2. A transformação puberal implica, da parte da criança, a renúncia do sentimento de onipotência e de bissexualidade potencial. Qualquer rapaz ou rapariga de 7/8 anos sabe o que é um menino ou uma menina, mas enquanto crianças podem adoptar, de vez em quando, condutas próprias do outro sexo, o que lhes permite toda a opção de identificações sem conflitos; a transformação pubertária vem bruscamente romper com esta bissexualidade potencial. O adolescente é homem ou mulher, mas não ambas as coisas.

O seu corpo será portador de uma falta, de uma carência, de um defeito, que não terá o seu complemento nem no próprio nem no de outro, como o da mãe, tal como fora durante a infância. Nesta perspectiva as condutas anorécticas têm por objectivo preservar e manter o sentimento de onipotência e de bissexualidade potencial.

Do ponto de vista de JEAMMET (1989), a razão do aumento de frequência de perturbações das condutas alimentares na adolescência deve-se às mudanças ocorridas nesta fase que constituem um terreno específico da problemática da dependência, sendo esta um parâmetro comum às perturbações do comportamento, onde estão também incluídas as perturbações das condutas alimentares, destacando-se aqui uma dimensão do agir, do corpo presente enquanto objecto externo à disposição do controle perceptivo-motor, substituto de um trabalho de interiorização da actividade mental intra-psíquica para transformar a angústia.

A obesidade é clinicamente definida como excesso de peso, segundo o equilíbrio peso / estatura estabelecido por curvas e desvios padronizados (tabelas); não é, contudo, uma situação clínica específica da adolescência, embora possa comprometer os processos psicodinâmicos próprios dela, tornando-se um processo de defesa face à organização fantasmática e as capacidades adaptativas e relacionais ou como uma

substituição de parte do funcionamento psíquico. A obesidade é sentida como uma espécie de protecção contra as intrusões externas, de um vivido paranóide do mundo externo, corpo gordo, volumoso, grosso, criando-lhes um sentimento de segurança.

Quando a obesidade persiste ou se agrava na adolescência, podem estar mascarados mecanismos de defesa contra a depressão ou pode encobrir entraves de construção do narcisismo. A maioria de adolescentes obesos não se integram em quadros nosográficos precisos. A obesidade, nesta faixa do desenvolvimento, pode ocultar factores psicológicos (a luta contra sentimentos depressivos; resistência à sexualidade; obstáculo à elaboração mental), difíceis de se demarcar dos hábitos alimentares da família (a hiperfagia é usualmente um hábito familiar).

A criança, ao longo do seu desenvolvimento, aprende a conhecer e a controlar as suas sensações e necessidades corporais, como distintas de outras necessidades ou tensões psicológicas. Evidentemente que esta aprendizagem depende da capacidade de interpretação da mãe aos sinais emitidos pela criança e da adequação das suas intervenções. Da natureza desta interacção, pode estabelecer-se um determinado tipo de condicionamento, que conduz a criança à absorção alimentar exagerada, como fonte de alívio de tensões indiscriminadas.

Abordagem Cognitivo-Comportamental

As pesquisas dos últimos 20 anos confirmaram a validade e utilidade dos modelos cognitivo-comportamentais dos distúrbios alimentares. Apesar da prevalência da preocupação com o peso e dietas na população feminina em geral, numerosos investigadores confirmam que anorécticos e bulímicos são distinguíveis pelo conteúdo, intensidade e validade das suas convicções sobre peso, forma e comida.

Os trabalhos pioneiros de Beck, na década de 60, levaram a uma melhor compreensão das psicopatologias e respectivas terapias. Com base na perspicácia deste autor propuseram-se novos modelos para a bulimia nervosa

(FAIRBURN 1981) e anorexia nervosa (GARNER & BEMIS, 1982). Estes apresentaram a primeira análise cognitiva-comportamental da psicopatologia anorexia e bulimia e, com base nestas análises, descreveram programas de tratamento. De tal forma as suas descrições foram importantes que, nos 15 anos que decorreram desde então, a sua influência foi penetrante na clínica dos distúrbios alimentares. Várias pesquisas sobre os distúrbios alimentares entre 1988 e 1990 revelaram que 88% a 92% dos profissionais inquiridos consideraram que o tratamento através das terapias cognitivo-comportamental, só ou em combinação com o tratamento psicodinâmico, era o indicado para anorécticos e, 85% a 94% concordam com esta referência para a bulimia (HERZOG, KELLER, STROBER, YEH & PAI, 1992). Contudo, estes níveis de aceitação, aparentemente equivalentes, não reflectem o estado empírico das duas aplicações: a terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa tem o seu suporte nas experiências de tratamento controladas, de que resultaram reconhecidos sucessos, enquanto que a eficácia desta aplicação para a anorexia nervosa tem ainda que ser estabelecida.

A ênfase dominante do modelo cognitivo-comportamental influenciou revisões sucessivas de critérios de diagnóstico para bulimia nervosa (Associação Psiquiátrica Americana, 1987) e anorexia nervosa (Associação Psiquiátrica Americana, 1994). Mais recentemente, os modelos geram uma série de pesquisas baseadas na informação processada sobre os distúrbios alimentares (VITOUSEK & HOLLON, 1990).

Na sua essência, os modelos cognitivo-comportamentais consideram que os sintomas de anorexia e bulimia são mantidos por um conjunto característico de ideias de sobrevalorização das implicações pessoais que tem a forma e peso do corpo. Estas atitudes têm as suas origens na interacção de características individuais (como perfeccionismo, ascetismo e dificuldades de ajustamento afectivo) com ideias sócio culturais da aparência feminina. Uma vez formadas, influenciam os indivíduos que as seguem empreendendo uma alimentação estereotípica e comportamentos de eliminação, processando informação com prognosticável desequilíbrio cognitivo e, eventualmente, são afectados por sequelas fisiológicas que também servem para sustentar convicções e comportamentos desordenados.

A característica fundamental das teorias cognitivas resume-se à convicção de que são as crenças e valores acerca do peso os elementos psicopatológicos centrais e primários, bem como, a influência de informação parcial que se processa nas percepções, pensamentos, emoções e comportamentos dos indivíduos afectados.

Modelos cognitivo-comportamentais tendem a acentuar a correspondência íntima entre os sistemas de convicção dos anorécticos e bulímicos (FAIRBURN & GARNER, 1988), afirmando que o padrão é, em ambas as psicopatologias, a dependência ao peso e à forma para auto-avaliação. A suposição de uniformidade psicopatológica é, no âmago, apoiada pela forte semelhança entre estes grupos nos inventários de atitudes, e suportam-se na observação que, frequentemente, num mesmo indivíduo coexistem ambos os diagnósticos, simultaneamente ou sucessivamente (VANDEREYCKEN & PIERLOOT, 1983).

VITOUSEK, ORIMOTO & EWALD (1995) afirmam, ainda, que é possível que os sintomas que demarcam os limites entre estes grupos, inclusive o peso subnormal e a presença ou ausência de episódios de abusos alimentares, sejam resultado de variáveis independentes sem conexão ao agrupamento comum de convicções relacionadas com o peso, tal como a intolerância biológica para a fome ou deslocamento do peso abaixo do ponto fixo. Alternativamente, segundo este autor, pode a diferença entre os subtipos dos transtornos alimentares ser também representada ao nível dos esquemas cognitivos sobre peso. Por exemplo, os bulímicos podem ser principalmente responsivos às contingências sociais percebidas para magreza e gordura, enquanto que os anorécticos constroem cadeias associativas mais complexas que unem o estado de peso para um alcance mais largo de interioridade que reforça os estados.

As taxas, extremamente elevadas, de comorbilidade entre os distúrbios alimentares e os distúrbios depressivos e ansiosos, pouco mais fazem que reconfirmar a maioria das observações de Beck sobre a relação entre psicopatologia e estilos de pensamento distorcidos (BECK, 1976). VITOUSEK (1995) refere que os modelos cognitivos da anorexia e bulimia nervosas têm de ser apoiados na evidência de que os indivíduos com estes distúrbios seguem

convicções distintivas nos domínios de peso, forma e alimentação, sendo este um terreno fértil para o erro.

No modelo cognitivo inicial de anorexia nervosa, GARNER & BEMIS (1982) especularam que a premissa da anoréxica é o desejo da magreza e que desta premissa emergem novas crenças sobre a importância daquela, como por exemplo, que o autocontrole em áreas diversas é predicado de controlo alimentar e, conseqüentemente, de peso; que um pequeno incremento em peso progredirá inexoravelmente para a obesidade; que se ingerir açúcar se vai converter imediatamente em gordura armazenada e que a purga auto-induzida purifica o corpo.

Vários estudos têm sido efectuados no sentido de diferenciar anorécticos e/ou bulímicos de controlos normais (CLARK, FELDMAN & CHANNON, 1989; DRITSCHER, WILLIAMS & COOPER, 1991; FRANKO & ZUROFF, 1992; GOLDBERG e cols., 1980; MIZES, 1950; MIZES & KLEGES, 1989; PHELAN, 1987; SCANLON, OLLENDICK & BAYER, 1986; SCHULMAN, KINDER, GLENGHORN, POWERS & PRANGE, 1986; THOMPSON, BERG & SHATFORD, 1987). Adicionalmente, uns demonstraram que se podia diminuir o curso do tratamento, outros foram correlacionados com outros índices da sintomatologia dos distúrbios alimentares.

Numerosas investigações foram conduzidas para examinar as relações entre acontecimentos diários, ira, afecto e conhecimento do ciclo farra alimentar/ purga em bulimia nervosa. Tais investigações confirmam que os estados de humor negativos tendem a preceder o ciclo de farra alimentar/ purga; alguns relataram uma diminuição de ansiedade e/ou ira, mas não da depressão a seguir ao episódio. Apesar das recentes tentativas para avaliar o conteúdo cognitivo da anorexia e bulimia nervosa serem encorajadas, a sua progressão tem sido impedida pelos diversos erros metodológicos e conceptuais (VITOUSEK, 1995). O recurso às auto-avaliações pode ser particularmente vulnerável a preconceitos e distorções com esta população por várias razões (VITOUSEK, DALY & HEISER, 1991). Porque os anorécticos estão tipicamente investidos para preservar a sua egosintonia, podem falsificar a informação deliberadamente como parte de uma postura defensiva; paradoxalmente, a tendência para a condescendência pode influenciar os anorécticos para, subtilmente, se ajustarem aos preconceitos comunicados

pelos terapeutas ou investigadores. Finalmente, a capacidade para dar conta da experiência privada pode ser restringida pelos efeitos da fome que diminui a capacidade de abstracção e contribui para o empobrecimento geral do pensamento.

Os vários estudos sugerem que os anorécticos organizam as suas preocupações ao redor de um sistema monolítico relacionado com o peso. Um estudo recente, utilizando uma grande amostra de anorécticos e bulímicos, reconfirmou esta posição (BUTOW, BEUMONT, & TOUYZ, 1993). Neste estudo, os indivíduos munidos de construtos relativos a situações alimentares empregavam-nos a si próprios e aos outros. Os indivíduos com distúrbios alimentares empregaram os construtos do peso para se descrever em situações alimentares e estenderam estas estruturas ao grupo de controle (sem perturbação) que, por sua vez, as consideraram impensáveis.

Ambos os grupos de pacientes se caracterizam em condições opressivamente negativas. Os anorécticos expressaram ambivalência entre peso e auto-estima, enquanto que os bulímicos associaram a magreza a auto-atributos positivos. BUTOW e cols. (1993) concluíram que os resultados confirmam a posição de GARNER & BEMIS (1982), de que o pensamento negro e branco é um problema fundamental em distúrbios alimentares.

SCHOTTE, McNALLY, & TURNER (1990) verificaram que os bulímicos tem maior reactividade fisiológica à sugestão relacionada com peso.

JACKMAN, WILLIAMSON, NETEMEYER & ANDERSON (1995) compararam a interpretação de orações ambíguas relacionadas com o corpo, desempenho atlético e saúde, por atletas femininas com maior e menor preocupação de peso. Por exemplo, numa frase leram “Depois de exercitar durante duas horas num clube de saúde, você adquire um vislumbre da forma dos seus quadris como ao passar por um espelho”. Todos os assuntos foram instruídos para interpretar as frases como se referissem a eles. Numa tarefa de memória de reconhecimento, indivíduos com preocupações de peso recordaram as frases como tendo contido conotações de gordura (por exemplo “você adquire um vislumbre dos seus grandes quadris”), enquanto o grupo de comparação se lembrou deles como relacionados a magreza (por exemplo “você adquire um vislumbrar harmonizado dos seus quadris”). Nenhuma diferença

foi achada entre os grupos na interpretação das orações ambíguas que se referiram à saúde ou desempenho atlético. Os autores concluíram que indivíduos preocupados com o peso manifestam um preconceito de interpretação específico.

O envolvimento cognitivo e afectivo na alimentação e os domínios relacionados com o peso, têm sido examinados por uma variedade de técnicas. Hipóteses de relações bidireccionais entre estados afectivos e percepções de peso ou do comportamento alimentar foram avaliados em vários estudos de indução de humor. TAYLOR & COOPER (1992), utilizando uma amostra normal à qual foi induzida estados de humor negativo, verificaram uma maior sobrestimação do tamanho e insatisfação do corpo, em especial nos indivíduos com níveis mais altos de preocupação com a forma e tamanho do corpo.

Muita pesquisa se tem feito, mas muito mais há por fazer. Os contributos dados pelos diferentes autores ofereceram uma valiosa prestação para distinguir, conhecer e compreender os distúrbios alimentares, bem como orientar a busca de uma resposta construtiva para a sua prevenção e cura.

Também nós pretendemos contribuir “para a causa”. É a nossa contribuição pessoal que apresentamos de seguida.

PARTE II

Investigação Empírica

I - Considerações Gerais

1. Objectivos e Conceptualização da Investigação

Na primeira parte, desenvolvemos as teorias subjacentes à problemática em estudo. Essas teorias permitiram-nos delinear um corpo de conceitos que, ao mesmo tempo que serviram como enquadramento teórico de todo o estudo, permitiram, também, a compreensão das realidades e ambiguidades vivenciadas pela população em estudo.

Partindo dos pressupostos e de acordo com o objectivo principal deste estudo - *Atitudes e Comportamentos Alimentares da População Normal (num escalão etário que oscila entre 12 e 22 anos) e sua Relação entre Dietas e Satisfação Corporal*, projectámos conhecer os comportamentos alimentares, as atitudes relativas ao corpo e à alimentação numa população de adolescentes e adultos jovens, bem como o nível de satisfação/insatisfação corporal daquela população. Projectámos, ainda, analisar de que forma a auto-estima se relaciona com as atitudes e os comportamentos alimentares e, identificar na população alvo a existência de situações de Anorexia, Bulimia, ou outras perturbações do comportamento alimentar. Em termos gerais intenta-se responder às seguintes questões:

1. Quais as atitudes e os comportamentos alimentares dos adolescentes e adultos jovens de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 12 e 22 anos?
2. Como é que os comportamentos e as atitudes alimentares, dos adolescentes e adultos jovens com idades compreendidas entre 12 e 22 anos, se relacionam com a satisfação/ insatisfação corporal?
3. Qual a relação entre auto estima e satisfação/ insatisfação corporal da população em estudo?

-
-
4. Qual a prevalência dos distúrbios alimentares numa população de adolescentes e adultos jovens com idades compreendidas entre 12 e 22 anos?

Cabe, ainda, no âmbito deste estudo, uma avaliação das propriedades psicométricas do EDI - 2 (Inventário dos Distúrbios Alimentares - 2.^a versão), que mede *comportamentos, atitudes, tipos de personalidades e sintomas* considerados importantes no desenvolvimento dos distúrbios alimentares, a fim de estabelecer uma correspondência quanto às dimensões e factores definidos pelos autores para este tipo de distúrbios, numa população portuguesa de adolescentes e adultos jovens. Trata-se, assim, de um estudo preliminar de validação do Inventário.

O primeiro passo para a operacionalização deste estudo (de carácter empírico e exploratório), consistiu na decisão dos instrumentos a utilizar. Após esta longa fase, que exigiu uma exaustiva revisão bibliográfica, partimos para a aquisição formal do Inventário dos Distúrbios Alimentares - versão 2 (EDI2) com o fim de concretizar o estudo enunciado. Uma vez adquirido, foi solicitado a várias autoridades que participassem, como júri, no processo de tradução e adaptação do EDI para a população alvo. Esta opção, tal como refere LYNN (citado por BURNS & GROVE, 1993), decorre de que o processo da validação de conteúdo, dos itens de um teste, deve ser ajuizada por um painel mínimo de cinco peritos ou juizes (excepcionalmente de três se não for possível encontrar peritos na área em estudo). Em conformidade com este autor, solicitou-se a apreciação dos juizes, eleitos de acordo com a sua experiência profissional, formação académica e conhecimento científico. Com efeito, pretendia-se que estes ponderassem sobre cada um dos itens da escala dando a sua douda opinião quanto à qualidade destes itens. Por este facto, foi-lhes pedido que avaliassem cada variável do Inventário dos Distúrbios Alimentares, segundo critérios de relevância, clareza, ambiguidade e sequência. Foi-lhes, ainda, pedido sugestões para reformulação dos itens que não apresentassem os critérios exigidos.

O júri ficou, então, constituído por:

1. Um Médico Especialista em Psiquiatria que trabalha, orienta e investiga a clínica dos Distúrbios Alimentares;

2. Uma Médica Especialista em Cirurgia Plástica cuja principal actividade é "reconstruir e esculpir corpos";
3. Dois Professores Bilingues da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra;
4. Uma Psicóloga Clínica;
5. Uma Anoréctica, Aluna do Ensino Superior, em terapia há 5 anos, sem dúvida uma perita em respostas a este tipo de questionários.

Num primeiro momento foi solicitado aos professores bilingues a tradução e retroversão do inventário EDI2, para assegurar a equivalência de conteúdo das versões americana e portuguesa. Seguidamente, foi concretizada uma administração a um pequeno número de adolescentes para verificar se estes compreendiam bem as instruções e conteúdos de cada item. Após este primeiro pré-teste, o questionário foi novamente reformulado, uma vez que existiam 8 itens dúbios.

Recorremos a novos elementos do júri, com destaque para a anoréctica, cujas opiniões foram preciosas nesta fase, para nova adaptação dos itens em causa. Em simultâneo e em conjunto com outros elementos do júri foi feita a transformação dos critérios de diagnóstico para anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) em indicadores indirectos, para a construção do Questionário Geral de Avaliação. Após adaptação dos restantes instrumentos e aprovação de todos os elementos do júri, procedemos a um segundo pré-teste em que administrámos os seis questionários que iriam ser utilizados no estudo. Estes foram administrados a um grupo com características, em termos gerais, idênticas ao anterior que já havia sido escolhido tendo em conta a amostra que iríamos trabalhar. Os obstáculos e dificuldades do primeiro pré-teste foram ultrapassadas e prosseguimos com o estudo. O tempo de preenchimento da bateria de testes oscilou, nesta fase, entre 40 a 60 minutos, apresentando tempos superiores de resposta aos itens, os escalões etários mais baixos e o género feminino.

A terceira "démarche" foi o envio de uma carta (onde se anexou a bateria de questionários a administrar), à Direcção Regional de Educação do

Centro (DREC), solicitando autorização para aplicação destes instrumentos. Uma vez deferido o pedido foram contactados os Conselhos Directivos de várias escolas e entregue a autorização da DREC. Após "negociação" com as escolas, relativamente à cedência de tempo e espaço para a administração dos questionários, medições e pesagens necessárias, bem como entrega da carta de investigação, exigida pelas escolas que nos ofereceram condições para a concretização do estudo empírico, começámos a recolher os dados necessários à nossa pesquisa a várias centenas de adolescentes, na própria sala de aula e durante o tempo escolar.

A recolha de dados foi efectuada através de duas formas essenciais:

- Administração de questionários;
- Pesagem e medição da estatura dos indivíduos com vista ao cálculo do índice da massa corporal dos inquiridos.

Os dados foram recolhidos na Escola C+S de Eugénio de Castro (ECSEC), na Escola Secundária D. Duarte (ESDD), Faculdade de Ciências, Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (FCDEF) e no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). Os critérios de escolha das escolas resumem-se à seriação da amostra e acessibilidade dos dados (autorizações concedidas). O tempo médio de preenchimento foi de 50 minutos, mais ou menos 5.

2. População

Participaram neste estudo 780 alunos (446 do sexo feminino e 334 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos.

Como o nosso objectivo era estudar as Atitudes e Comportamentos alimentares da população normal (num escalão etário que oscila entre 12 e 22 anos) e sua relação entre dietas e satisfação corporal, procurámos estabelecer critérios de inclusão e exclusão que diminuíssem as probabilidades do acaso. Neste sentido, a amostra final dependeu dos seguintes critérios de inclusão/exclusão:

Crítérios de Inclusão:

1. Voluntários de ambos os sexos.
2. Idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos.
3. Preencherem os questionários, sem recusa de peso e altura.

Crítérios de Exclusão:

1. Não terem sido pesados ou medidos¹⁵.
2. Idades inferiores a 12 anos e superiores a 22.
3. Não preencherem o instrumento sociodemográfico.
4. Não assinalarem 3 ou mais itens.
5. Preencherem incorrectamente os questionários.

Cumprindo com os critérios de Inclusão/Exclusão definidos para os voluntários deste estudo, dos 780 alunos que compunham este grupo, foram retirados 231 indivíduos. A amostra final ficou, assim, composta por 549 sujeitos, 325 do sexo feminino e 224 do sexo masculino.

¹⁵ 218 inquiridos, de várias escolas, tiveram que ser excluídos pelo facto de não terem sido pesados nem medidos, por termos esgotado o tempo concedido pela escola para administração dos instrumentos. Apesar de sabermos que o tempo restante não permitia que estes inquiridos fossem pesados e medidos, deixámos que preenchessem toda a bateria de testes e no momento da recolha pedimo-lhes que assinalassem o peso e a altura que julgavam ter. Da análise dos itens 3, 9 ao 31 do QGA, verificámos que esta forma de avaliar o peso é pouco fidedigna, uma vez que o mesmo indivíduo apresenta dados incongruentes. Um exemplo: uma inquirida com 19 anos refere pesar 60 kg e medir 1,68 m; não responde qual o peso mais elevado dos últimos 2 anos, mas refere que o peso mais baixo foi de 44 Kg, à um mês e durante um mês. Com efeito, é pouco provável que em 30 dias a aluna tenha engordado 16 Kg. Convém referir que a aluna tinha a informação de que iria ser pesada, daí pensarmos que o dado errado é a o peso actual e não o peso mais baixo. Julgamos ainda que se a aluna soubesse que não se iria proceder a pesagens e medições, teria feito bem as contas e ludibriado os resultados.

3. Instrumentos Utilizados

Neste estudo foram utilizados seis instrumentos de medida que, no nosso entender, melhor se adequavam à pesquisa em questão:

A) Para avaliação dos aspectos sociodemográficos, da recente história do peso, da menstruação, do medo de engordar, das preocupações com hábitos alimentares, da presença e severidade da assumida falta de controlo sobre a vontade de comer (*binge eating*) e seus comportamentos compensatórios (exercício excessivo, jejum, o uso de fármacos para fazer dieta, etc.).

Questionário Geral de Avaliação (QGA, Pocinho & Gouveia, 1998). O QGA foi construído pelos autores do estudo, com base nos critérios de diagnóstico para as Perturbações do Comportamento Alimentar inscritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.^a edição (APA, DSM-IV, 1994) e noutras perspectivas de auto-avaliação desenvolvidas para se determinar a sintomatologia dos distúrbios alimentares (GREENFIELD, QUINLAN, HARDING, GLASS, 1987; KAGAN & SQUIRES, 1983, WHITAKER et. al., 1989). O QGA foi concebido como um instrumento de auto-resposta, constituído por 57 itens que avaliam, em termos gerais, a existência de possíveis distúrbios alimentares. É constituído por dois grupos de itens: o primeiro, destina-se ao registo de vários aspectos sociodemográficos, recente história de peso e menstruação (itens 1 a 33). O segundo grupo destina-se ao registo de atitudes, cognições e comportamentos alimentares tidos como importantes no desenvolvimento de distúrbios alimentares (itens 34 a 57). O tempo médio de preenchimento do QGA foi de 7 minutos.

B; Para avaliação das atitudes, traços de personalidade, grupos de sintomas e sinais do comportamento alimentar que se consideram importantes no desenvolvimento da anorexia (AN) e bulimia (BN).

Inventário dos Distúrbios Alimentares - 2.ª versão (EDI2 - *Eating Disorders Inventory-2*; GARNER & OLMSTEAD, 1984; GARNER, OLMSTEAD, & POLIVY, 1983). O EDI2 é uma extensão do EDI (*Eating disorders Inventory*; GARNER et. al., 1983), cujo desenvolvimento começou em 1980. Este inventário, introduzido em 1983, é uma escala de auto-análise destinada a medir *sintomas vulgarmente associados à anorexia (AN), à bulimia (BN) e aos distúrbios de personalidade* que se consideram importantes no desenvolvimento da anorexia e bulimia nervosas. É composta por 64 itens com seis hipóteses de resposta entre "nunca" e "sempre", para cada uma. Originalmente, continha oito subescalas, das quais cinco identificavam alguns dos factores de personalidade associados aos distúrbios alimentares; Perfeccionismo (PERF), Medo da Maturidade (MM), Desconfiança Interpessoal (DI), Ineficácia (INEF) e Consciência Interoceptiva (CI). As outras três identificavam atitudes e comportamentos relacionados com o peso, mais directamente ligados com a sintomatologia de distúrbios alimentares: Tendência para Emagrecer (TE), Bulimia (BN) e Insatisfação Corporal (IC).

Muita da pesquisa do EDI2, que é uma extensão do EDI, foi baseada nos estudos de GARNER, OLMSTEAD, & POLIVY, (1983) e GARNER & OLMSTEAD (1984, 1986). A actual versão (EDI2) retém os 64 itens do primitivo inventário, mais 27 adicionais e três novos construtos que constituem as subescalas provisórias: Ascetismo (ASC) que mede o regime de intensa e austera vida espiritual, caracterizada por meditação, renúncias, sacrifícios e mortificação com o objectivo de alcançar a perfeição moral; Regulação de Impulsos (RI) que avalia a tendência para a impulsividade, nomeadamente para o abuso de substâncias, falta de cuidados, hostilidade, auto-mutilação e destrutividade das relações interpessoais; Medos Sociais (MS) que mede como é que os indivíduos sentem as relações sociais. O EDI2 agrupa, assim, um total de 91 itens subdivididos por 11 subescalas. O quadro 4 mostra as 11 subescalas do EDI2, sua descrição e respectivos itens. As classificações neste questionário composto podem oscilar entre o valor 0 e o

valor 33 nas subescalas com mais itens. Os pesos dos itens variam de 0 (zero) a 3 (três) pontos, com o *score* de 3 a assinalar as respostas com direcção sintomática, situada nos extremos da escala ("sempre" ou "nunca" dependendo se o item está formulado em direcção positiva ou negativa do sintoma); o *score* 2 é o valor da resposta imediatamente adjacente ao *score* 3 e o *score* 1 adjacente ao *score* 2. O *score* 0 (zero) assinala as respostas com direcção assintomática sendo, estas, as três opções mais afastadas do nível sintomático e adjacentes ao *score* 1. Assim, as respostas de sentido positivo têm a seguinte pontuação: "Sempre"=3, "Normalmente"=2, "Regularmente"=1, "Às Vezes"=0, "Raramente"=0, "Nunca"=0. Os itens de ordem inversa (assinalados com "*" no quadro 4), são pontuados de forma oposta ("Sempre"=0, "Normalmente"=0, "Regularmente"=0, "Às Vezes"=1, "Raramente"=2, "Nunca"=3), pelo que as mais altas pontuações correspondem sempre a níveis de grande preocupação com aspectos relacionados com o peso. Com efeito, embora o EDI2 não seja um instrumento de diagnóstico, fornece-nos informações valiosas sobre aspectos sintomatológicos e psicológicos que são relevantes nas perturbações do comportamento alimentar.

Os *scores* dos itens devem ser calculados por subescala, uma vez que cada uma destas avalia traços conceptualmente diferentes. Calcular os *scores* totais do EDI2 poria graves problemas de interpretação (GARNER, 1991). Os *scores* das subescalas não devem ser calculados quando mais do que um item dessa subescala não foi respondido. Sempre que este facto acontecer, o investigador deve substituir esse item pela média dos itens assinalados nessa subescala, porém os resultados devem ser lidos com precaução, uma vez que não existem estudos sistemáticos de validade dos *scores*, baseados em dados incompletos ou substituídos (GARNER, 1991). Finalmente, o autor alerta que as subescalas utilizadas isoladamente, bem como, a administração isolada de grupos de itens, podem apresentar problemas de validade e fidedignidade, uma vez que o instrumento foi aferido como um todo e não por subescalas ou itens isolados.

Relativamente aos pontos de corte, não existem valores fixos ou predeterminados para as subescalas do EDI e, segundo GARNER & cols. (1991), nem devem existir, uma vez que os *scores* variam em função da população alvo. Desta forma, GARNER & cols. (1984) aconselham os

investigadores a definirem pontos de corte compatíveis com as necessidades da pesquisa em curso. Não obstante, considera um ponto de corte de 14, apropriado na subescala TE, em que *scores* superiores àquele valor determinam elevadas preocupações com o peso.

No nosso estudo, o protocolo de utilização do EDI2, proposto por GARNER & cols., foi respeitado e o tempo médio de preenchimento da referida medida oscilou entre os 15 e os 20 minutos.

Quadro 4: Subescalas do EDI2 e sua descrição

| SUBESCALA | DESCRIÇÃO | ITEMS |
|-------------------------------|--|--|
| TENDÊNCIA PARA EMAGRECER (TE) | PREOCUPAÇÃO COM O PESO | 1.* Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa(o). 7. Penso em fazer dieta. 11. Sinto-me extremamente culpada(o) depois de comer de mais. 16. Fico aterrorizada(o) com a ideia de ganhar peso. 25. Exagero na importância do peso. 32. Estou preocupada(o) com o desejo de ser magra(o). 49. Se aumento 1 Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso. |
| BULIMIA (BN) | TENDÊNCIA PARA A "FARRA" E PURGA | 4. Quando estou aborrecida tenho que comer. 5. Empanturo-me de comida. 28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar. 38. Penso, frequentemente, em empanturar-me com comida. 46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturo-me quando se vão embora. 53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso. 61. Como ou bebo às escondidas. |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL (IC) | INSATISFAÇÃO COM CERTAS PARTES DO CORPO | 2. Acho que o meu estômago é grande de mais. 9. Acho as minhas coxas muito gordas. 12.* Acho que o meu estômago tem o tamanho certo. 19.* Gosto da forma do meu corpo. 31.* Gosto da forma das minhas nádegas. 45. Penso que as minhas ancas são muito largas. 55.* Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo. 59. Acho as minhas nádegas grandes de mais. 62.* Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo. |
| INEFICÁCIA (INEF) | SENTIMENTOS DE INADEQUAÇÃO E INSEGURANÇA | 10. Sinto-me uma (um) inútil. 18. Sinto-me sozinha(o) no mundo. 20.* Geralmente sinto que tenho controlo sobre o que se passa comigo. 24. Desejava ser uma outra pessoa. 27. Sinto-me inadequada(o). 37.* Sinto-me segura(o) de mim. 41. Tenho fraca opinião a meu respeito. 42.* Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos. 50.* Sinto que sou uma pessoa capaz. 56. Sinto-me emocionalmente vazia(o). |
| PERFECCIONISMO (PERF) | PADRÕES DE COMPORTAMENTO IRREAIS | 13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família. 29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores. 36. Detesto quando não sou a(o) melhor. 43. Os meus pais esperam o máximo de mim. 52. Tenho que ser perfeita(o) naquilo que faço ou então prefiro nem as fazer. 63. Tenho objectivos muito elevados. |

(continuação)

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| DESCONFIANÇA INTERPESSOAL (DI) | O EVITAR DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS | 15.* Falo abertamente dos meus sentimentos. 17.* Conto nos outros. 23.* Comunico facilmente com os outros. 30.* Tenho amigos íntimos. 34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros. 54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando alguém se tenta aproximar demasiado). 57.* Consigo falar dos meus pensamentos ou sentimentos. |
| CONSCIÊNCIA INTEROCEPTIVA (CI) | APREENSÃO ACERCA DA EMOÇÕES | 8. Fico assustada(o) quando os meus sentimentos são muito intensos. 21. Fico confusa com o tipo de emoções que sinto. 26.* Consigo identificar claramente as minhas emoções. 33. Não sei o que se passa comigo. 40. É confuso perceber se tenho fome ou não. 44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos. 47. Sinto-me empanurrada(o) depois de comer uma refeição normal. 51. Quando estou aborrecida(o) não sei se estou triste, assustada(o) ou zangada(o). 60. Tenho sentimentos que não consigo identificar. 64. Quando ando aborrecida(o), recuso começar a comer. |
| MEDO DA MATURIDADE (MM) | DESEJO DE FICAR SEMPRE CRIANÇA | 3. Desejava poder voltar à segurança da infância. 6. Gostava de ser mais nova(o). 14. A época mais feliz da vida de uma pessoa é quando se é criança. 22.* Prefiro ser adulto a ser criança. 35. As exigências da vida adulta são demasiadas. 39.* Estou feliz por já não ser uma criança. 48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças. 58.* Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos. |
| ASCETISMO (ASC) | TODA A ESPÉCIE DE AUSTERIDADE DE VIDA COM O OBJECTIVO DE ALCANÇAR UM FIM SUPERIOR | 66. A minha fraqueza humana envergonha-me. 68. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais. 71.* Vou mudar, desviar o meu rumo, para experimentar o prazer. 75. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte. 78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral. 82. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo. 86. Os meus impulsos corporais embaraçam-me. 88. O sofrimento faz bem às pessoas. Toma-as melhores |
| REGULAÇÃO DE IMPULSOS (RI) | IMPULSIVIDADE E IRRITABILIDADE | 65. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar. 67. As pessoas dizem que sou emocionalmente instável. 70. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito. 72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas. 74. Sinto-me ultrajada(o) nas relações que estabeleço. 77. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos. 79. Sou perita(o) em exteriorizar a raiva e a fúria. 81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso do álcool. 83. As pessoas dizem que me irrito facilmente. 85. Tenho períodos de alterações de humor marcado. 90. Sinto que tenho que me magoar ou magoar alguém. |
| MEDOS SOCIAIS (MS) | INSEGURANÇA E INFELICIDADE EM SOCIEDADE | 69.* Sinto-me relaxada(o) na maioria das situações. 73.* Costumo passear com a maioria das pessoas que conheço. 76.* As pessoas percebem os meus problemas reais. 80.* Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço. 84. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida. 87. Prefiro passar o tempo comigo mesma(o) do que com outras pessoas. 89.* Sei que as pessoas gostam de mim. 91.* Sinto que realmente sei quem sou. |

Um dos critérios para a versão final do EDI, nos estudos internacionais, que avaliaram as suas características psicométricas, foi que tivesse uma consistência interna elevada (alpha de aproximadamente 0,80; Cronbach, 1951) para uma amostra de pacientes com distúrbios alimentares. Com efeito, nos estudos que avaliaram as referidas características, os coeficientes de fidedignidade (alphas) das subescalas do EDI original, para amostras de pacientes com distúrbios alimentares foram, em 1984, entre 0.83 e 0,93 (GARNER e OLMSTED, 1984). Os resultados da consistência interna para pacientes da 1.ª versão do EDI estão apresentadas no quadro 5.

Em 1988/1989 num estudo feito na Suécia (NORRING e SOHLBERG, 1988; NORRING, 1989), utilizando um largo número de pacientes (58 pacientes de AN-B e 100 de AN-R), os resultados foram semelhantes aos inscritos no manual da 1.^a versão do EDI (alphas entre 0,84 e 0,92 com excepção da subescala PERF ($\alpha=0,76$) e DI ($\alpha=0,74$). Numa sobreposição de dados, agrupando os pacientes da Suécia e 113 pacientes de Wellington, Nova Zelândia (WELCH, 1988; WELCH, HALL, e NORRING, 1990), os coeficientes foram mais baixos situando-se entre 0,70 e 0,81.

Relativamente à consistência interna para amostras retiradas da população normal, tal como se pode verificar pelo quadro 6, vários foram os estudos que a avaliaram. RACITI e NORCROSS (1987), com um grupo de 268 caloiras do ensino superior e VANDERHEYDEN, FEKKEN, e BOLAND (1988), com uma amostra de 158 alunas do 1.º e 2.º anos de Psicologia, obtiveram resultados muito semelhantes aos obtidos nos estudos de validação do EDI. As fidedignidades mais baixas foram obtidas por SHORE e PORTER (1990), num estudo feito a adolescentes com idades entre os 11 e os 18 anos. Em ambos os sexos, as subescalas da BN e MM obtiveram fidedignidades abaixo de 0,70. O sexo masculino obteve, igualmente, alphas de 0,70 nas subescalas PERF e DI.

SHORE e PORTER (1990) apontam, como consequência destes resultados, o conteúdo dos itens da subescala de BN. Neste sentido, os autores referem que o conteúdo desta dimensão pode não ser relevante para escalões etários muito baixos, se estes nunca tiverem experimentado a compulsão para a "farra" alimentar. Relativamente à subescala MM, refere que o conteúdo dos itens está direccionado para grupos de adolescentes e estratos etários mais elevados.

Se compararmos a consistência interna das subescalas provisórias do EDI2, para grupos de pacientes com distúrbios alimentares (N=107) e população normal (quadro 7), verificamos que a subescala ascetismo apresenta um alpha mais baixo (especialmente para o grupo2 - alunas universitárias), que as outras subescalas. Este facto foi atribuído à pequena amplitude de respostas dadas, pelo grupo 2 a esta subescala.

Quadro 5: consistência interna de cada subescala da 1.^a versão do EDI.

| Subescalas do EDI | Grupos combinados de pacientes com AN - Restritiva, AN - Bulímica e BN (N=889) | GARNER & OLMSTED (1984) (N=155) |
|--------------------------------|---|--|
| Tendência para emagrecer (TE) | 0,83 | 0,86 |
| Bulimia (BN) | 0,86 | 0,88 |
| Insatisfação Corporal (IC) | 0,92 | 0,90 |
| Ineficácia (INEF) | 0,90 | 0,93 |
| Perfeccionismo (PERF) | 0,80 | 0,85 |
| Desconfiança Interpessoal (DI) | 0,84 | 0,85 |
| Consciência Interoceptiva (CI) | 0,83 | 0,83 |
| Medo da Maturidade (MM) | 0,83 | 0,89 |

Quadro 6: cálculo da consistência interna de cada subescala da 1.^a versão do EDI, utilizando grupos de comparação de amostras femininas, retiradas da população normal.

| Subescalas do EDI | GARNER & OLMSTED (1984) (N=271) | RACITI & NORCROSS (1987) (N=268) | VANDERHE YDEN e cols. (1987) (N=158) | SHORE & PORTER (1990) (N=354) |
|--------------------------------|--|---|---|--|
| Tendência para emagrecer (TE) | 0,87 | 0,90 | 0,91 | 0,81 |
| Bulimia (BN) | 0,83 | 0,82 | 0,82 | 0,69 |
| Insatisfação Corporal (IC) | 0,92 | 0,92 | 0,93 | 0,91 |
| Ineficácia (INEF) | 0,88 | 0,90 | 0,90 | 0,82 |
| Perfeccionismo (PERF) | 0,76 | 0,79 | 0,69 | 0,70 |
| Desconfiança Interpessoal (DI) | 0,80 | 0,81 | 0,86 | 0,77 |
| Consciência Interoceptiva (CI) | 0,81 | 0,81 | 0,78 | 0,78 |
| Medo da Maturidade (MM) | 0,72 | 0,80 | 0,77 | 0,65 |

Quadro 7: consistência interna das subescalas provisórias do EDI2, calculada em amostras de pacientes (grupo1) e não - pacientes (grupo2) do sexo feminino.

| | Grupo1 | Grupo2 |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| subescalas provisórias do EDI2 | | |
| Ascetismo (ASC) | 0,70 | 0,44 |
| Regulação de Impulsos (RI) | 0,77 | 0,79 |
| Medos Sociais (MS) | 0,80 | 0,80 |

O quadro 6 diz respeito ao EDI – 1.^a versão, e mostra que as subescalas PERF e MM são aquelas que se têm revelado menos consistentes. O quadro 7 apresenta as subescalas provisórias do EDI2 e permite-nos observar que o ASC é das três dimensões a menos fidedigna, especialmente no grupo dos não pacientes.

Um outro método utilizado para avaliar a fidedignidade deste inventário foi o teste-reteste. A sua utilidade como método de medida de estabilidade tem sido questionada em termos teóricos e práticos

(NUNNALLY,1978), mas utilizada e interpretada correctamente, fornece-nos uma eficiente avaliação da estabilidade das propriedades e características gerais da população (que se presumem ser estáveis).

A compilação dos dados e interpretação dos coeficientes de fidedignidade do teste-reteste devem ser cautelosos, uma vez que, entre as duas aplicações, podem intervir novos acontecimentos como doença, memória das respostas dadas ao teste, quando se faz o reteste, flutuações dos estados psicológicos e outras variáveis parasitas que podem influenciar os resultados.

Foram realizados três estudos para aferir a estabilidade temporal do EDI. Os resultados desses estudos estão apresentados no quadro 8.

WELCH (1988) aplicou o reteste uma semana após o teste a um grupo de 70 estudantes e enfermeiras. Os coeficientes estiveram entre 0,79 e 0,95 para todas as subescalas, com excepção da CI que apresentou um alpha de 0,67.

WEAR e PRATZ (1987) aplicaram o reteste com 3 semanas de intervalo a 70 universitários (53 raparigas e 17 rapazes). Os resultados foram, à excepção de 2 subescalas (INEF e MS), superiores aos posteriormente obtidos por WELCH (1988). O teste-reteste foi igualmente elevado (coeficientes entre 0,77 e 0,96) para os 19 respondentes que tinha tido *scores* elevados nas subescalas TE, BN ou IC.

CROWTHER, LILLY, CRAWFORD, SHEPHERD, e OLIVER (1990) obtiveram fidedignidades entre 0,41 e 0,75 em 282 dos 401 retestes depois de 1 ano de intervalo. A substancial estabilidade, após um ano, para as subescalas TE, IC, INEF, PERF e DI, reassegurou a consistência com a conceptualização original destas subescalas, como traços relativamente estáveis. Fidedignidades mais baixas foram obtidas para as subescalas que avaliam a BN e CI, o que pode significar que certo tipo de comportamentos alimentares e conteúdos afectivos podem ser flutuantes ao longo do tempo. A falta de estabilidade dos MM pode ser atribuída à baixa consistência interna e ao facto de esta ser uma subescala com conteúdos de maturação, cujo significado, para os inquiridos, pode ter variado devido ao longo intervalo de reaplicação.

Quadro 8: Estabilidade temporal medida pelo teste-reteste em 3 estudos com intervalos de aplicação diferentes.

| Subescalas do EDI | WELCH (1988)^{a)} (N=70) Uma semana | WEAR & PRATZ (1987)^{b)} (N=70) Três semanas | CROWTHER e cols. (1990) (N=282) Um ano |
|--------------------------------|---|--|--|
| Tendência para emagrecer (TE) | 0,85 | 0,92 | 0,72 |
| Bulimia (BN) | 0,79 | 0,90 | 0,44 |
| Insatisfação Corporal (IC) | 0,95 | 0,97 | 0,75 |
| Ineficácia (INEF) | 0,92 | 0,85 | 0,55 |
| Perfeccionismo (PERF) | 0,86 | 0,88 | 0,65 |
| Desconfiança Interpessoal (DI) | 0,80 | 0,81 | 0,60 |
| Consciência Interoceptiva (CI) | 0,67 | 0,85 | 0,41 |
| Medo da Maturidade (MM) | 0,84 | 0,65 | 0,48 |

a) estudantes e enfermeiras b) estudantes de Institutos superiores

Para além dos elevados coeficientes de fidedignidade e consistência interna já referidos, a correlação média item-total foi de 0,63, com um desvio padrão de 0,13 (GARNER, 1991), os coeficientes de validade concorrente entre as subescalas do EDI2 e os *scores* totais do Eating Attitudes Test (GARNER, OLMSTEAD, BOHR, & GARFINKEL, 1982), oscilaram entre 0,20 e 0,74.

A 1^a. Versão do EDI foi traduzida para muitas línguas, inclusive para a língua portuguesa, onde tem sido amplamente utilizado na clínica dos distúrbios alimentares. Contudo, até 1999, nenhum estudo publicado havia avaliado as suas características psicométricas.

Relativamente aos estudos de validade, existem duas situações diferentes. Nas amostras clínicas, com distúrbios alimentares, existe uma estrutura factorial bem mais clara do que nas amostras não clínicas e os coeficientes de fidedignidade e validade são sempre superiores. É, ainda de referir, que apesar das normas para adolescentes estarem disponíveis para o EDI de oito subescalas (ROSEN, SILBERG, & GROSS, 1988; SHORE & PORTER, 1990), nenhum estudo utilizando grupos de adolescentes estabeleceu a validade preditiva desta medida (PHELPS e cols., 1993). Todavia, a sua elevada fidedignidade e validade, quando testada em adultos com distúrbios alimentares, motivou a utilização do EDI2 nos adolescentes.

Quanto aos resultados dos estudos que avaliam a dimensionalidade dos itens da escala quando aplicada a amostras clínicas e não clínicas, podemos referir que não são constantes. Assim, num estudo feito em 1988, por WELCH, HALL, & WALKEY, com uma amostra de 3 grupos não clínicos, não se confirmou a independência das oito subescalas do primitivo EDI.

Contudo, numa solução factorial forçada a 3 factores, este estudo revelou que as preocupações com o peso (TE), a bulimia (BN) e a insatisfação corporal (IC) cabiam no mesmo factor, combinando, assim, a preocupação com a aparência, com o peso e com a alimentação. A subescala perfeccionismo (PERF) mostrava-se isolada num só factor, enquanto que a ineficácia (INEF) e a consciência interoceptiva (CI) se agrupavam num outro factor.

Em 1990 WELCH, HALL & NORRING, utilizando uma Análise Factorial numa amostra de 271 mulheres com transtornos alimentares, encontraram um padrão de scores que correspondia às 8 subescalas descritas por GARNER, OLMSTEAD & POLIVY, em 1983. De facto, os autores deste instrumento, assinalam que os construtos tiveram por base os distúrbios, pelo que é normal que o padrão identificado por estes seja diferente daquele que perfila outro tipo de grupos.

Apesar de, em estudos com amostras não pacientes, os coeficientes de validade e fidedignidade não serem muito elevados e, do EDI2 não ter ainda suficientes contributos para se poder dissertar, com segurança, sobre a sua medida, PHELPS et BAJOREK, (1991) revelam que o EDI é o inventário de auto avaliação mais utilizado no estudo dos distúrbios alimentares. Com efeito, estes mesmos autores, em 1991 (8 anos após a sua publicação), numa busca à psycLIT, localizaram mais de 70 artigos publicados em que utilizaram o EDI, o que resulta de uma média de 9 publicações por ano.

A presente tradução e aplicação na população portuguesa foi realizada pelos autores deste estudo, numa amostra de 549 indivíduos, tendo esta versão de 91 itens obtido uma consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach de 0,911 e uma estabilidade temporal, medida pelo método teste reteste¹⁶ de 0,923. O quadro 9 mostra o estudo dos itens e o quadro 10 a consistência interna e a estabilidade teste-reteste das subescalas, respectivamente.

¹⁶ Duas semanas de intervalo

Quadro 9: Estudo dos Itens que constituem o EDI

| | | | R | | | |
|--------------------------|--------|---|------------------|--------|--------------------------|------------------|
| | | | TESTE-RETESTE | MÉDIA | ITEM-TOTAL ¹⁷ | ALPHA SE APAGADO |
| TENDÊNCIA PARA A MAGREZA | | | | | | |
| 1. | EDI_1 | 1.* Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa(o). | .938 | .6160 | .0863 | .8419 |
| 2. | EDI_7 | 7. Penso em fazer dieta. | .847 | .3340 | .6121 | .7433 |
| 3. | EDI_11 | 11. Sinto-me extremamente culpada(o) depois de comer de mais. | .854 | .3377 | .5239 | .7590 |
| 4. | EDI_16 | 16. Fico aterrorizada(o) com a ideia de ganhar peso. | .788 | .5399 | .6299 | .7358 |
| 5. | EDI_25 | 25. Exagero na importância do peso. | .814 | .2913 | .6032 | .7467 |
| 6. | EDI_32 | 32. Estou preocupada(o) com o desejo de ser magra(o). | .900 | .3395 | .6610 | .7337 |
| 7. | EDI_49 | 49. Se aumento 1 Kg preocupa-me continuar a aumentar de peso. | .825 | .4527 | .5920 | .7448 |
| BULIMIA | | | | | | |
| 1. | EDI_4 | 4. Quando estou aborrecida tenho que comer. | .350 | .3188 | .3515 | .7348 |
| 2. | EDI_5 | 5. Empanturro-me de comida. | .630 | .2332 | .4950 | .6830 |
| 3. | EDI_28 | 28. Já me aconteceu comer de mais e sentir que não conseguia parar. | .187 | .1457 | .5240 | .6794 |
| 4. | EDI_38 | 38. Penso, frequentemente, em empanturrar-me com comida. | .077 | .2077 | .4769 | .6877 |
| 5. | EDI_46 | 46. Como moderadamente em frente dos outros e empanturro-me quando se vão embora. | Não há variância | .1293 | .4291 | .7002 |
| 6. | EDI_53 | 53. Já pensei em tentar vomitar para perder peso. | Não há variância | .1038 | .4417 | .6987 |
| 7. | EDI_61 | 61. Como ou bebo às escondidas. | Não há variância | .0947 | .4622 | .6959 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | | | | | | |
| 1. | EDI_2 | 2. Acho que o meu estômago é grande de mais. | .735 | .3960 | .3076 | .8777 |
| 2. | EDI_9 | 9. Acho as minhas coxas muito gordas. | .401 | .5602 | .6797 | .8466 |
| 3. | EDI_12 | 12.* Acho que o meu estômago tem o tamanho certo. | .707 | .6551 | .4745 | .8654 |
| 4. | EDI_19 | 19.* Gosto da forma do meu corpo. | .618 | .6642 | .6134 | .8533 |
| 5. | EDI_31 | 31.* Gosto da forma das minhas nádegas. | .616 | .9051 | .6180 | .8528 |
| 6. | EDI_45 | 45. Penso que as minhas ancas são muito largas. | Não há variância | .4398 | .6530 | .8497 |
| 7. | EDI_55 | 55.* Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo. | .877 | .9252 | .7011 | .8442 |
| 8. | EDI_59 | 59. Acho as minhas nádegas grandes de mais. | Não há variância | .3631 | .6511 | .8505 |
| 9. | EDI_62 | 62.* Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo. | .780 | .8960 | .7107 | .8433 |
| INEFICÁCIA | | | | | | |
| 1. | EDI_10 | 10. Sinto-me uma (um) inútil. | .278 | .1639 | .3751 | .7378 |
| 2. | EDI_18 | 18. Sinto-me sozinha(o) no mundo. | .848 | .1803 | .4305 | .7312 |
| 3. | EDI_20 | 20.* Geralmente sinto que tenho controlo sobre o que se passa comigo. | .633 | .5683 | .2774 | .7600 |
| 4. | EDI_24 | 24. Desejava ser uma outra pessoa. | -.038 | .2313 | .5081 | .7182 |
| 5. | EDI_27 | 27. Sinto-me inadequada(o). | -.055 | .1311 | .4366 | .7326 |
| 6. | EDI_37 | 37.* Sinto-me segura(o) de mim. | .452 | .5610 | .4961 | .7196 |
| 7. | EDI_41 | 41. Tenho fraca opinião a meu respeito. | -.068 | .2860 | .4104 | .7331 |
| 8. | EDI_42 | 42.* Sinto-me capaz de atingir os meus objectivos. | .022 | .4117 | .4130 | .7326 |
| 9. | EDI_50 | 50.* Sinto que sou uma pessoa capaz. | -.606 | .3188 | .4973 | .7209 |
| 10. | EDI_56 | 56. Sinto-me emocionalmente vazia(o). | -.038 | .1785 | .3811 | .7372 |
| PERFECCIONISMO | | | | | | |
| 1. | EDI_13 | 13. Apenas os desempenhos excelentes são suficientemente bons para a minha família. | .089 | .7049 | .4054 | .5771 |
| 2. | EDI_29 | 29. Em criança esforçava-me por não desiludir os meus pais e professores. | .611 | 1.0182 | .3346 | .6052 |
| 3. | EDI_36 | 36. Detesto quando não sou a(o) melhor. | .666 | .3388 | .2766 | .6221 |
| 4. | EDI_43 | 43. Os meus pais esperam o máximo de mim. | .683 | 1.4918 | .4564 | .5532 |
| 5. | EDI_52 | 52. Tenho que ser perfeita(o) naquilo que faço ou então prefiro nem as fazer. | .427 | .5847 | .3700 | .5907 |
| 6. | EDI_63 | 63. Tenho objectivos muito elevados. | .666 | 1.0783 | .3555 | .5966 |

¹⁷ Corrigido

Quadro 9 (cont).: Estudo dos Itens que constituem o EDI

| | | | TESTE- RETESTE | MÉDIA | R ITEM- TOTAL ¹² | ALPHA SE APAGADO |
|----------------------------|--------|---|-------------------|--------|-----------------------------------|---------------------|
| DESCONFIANÇA INTER-PESSOAL | | | | | | |
| 1. | EDI_15 | 15.* Falo abertamente dos meus sentimentos. | .676 | .8223 | .6037 | .6315 |
| 2. | EDI_17 | 17.* Confio nos outros. | .747 | .5110 | .4514 | .6775 |
| 3. | EDI_23 | 23.* Comunico facilmente com os outros. | .497 | .3352 | .4775 | .6748 |
| 4. | EDI_30 | 30.* Tenho amigos íntimos. | .222 | .3150 | .2940 | .7127 |
| 5. | EDI_34 | 34. Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos aos outros. | .607 | .4322 | .3962 | .6929 |
| 6. | EDI_54 | 54. Preciso de manter as pessoas a uma certa distância (sinto-me mal quando alguém se tenta aproximar demasiado). | .614 | .1722 | .1819 | .7312 |
| 7. | EDI_57 | 57.* Consigo falar dos meus pensamentos ou sentimentos. | .610 | .7363 | .5697 | .6428 |
| CONSCIÊNCIA INTEROCEPTIVA | | | | | | |
| 1. | EDI_8 | 8. Fico assustada(o) quando os meus sentimentos são muito intensos. | .674 | .5155 | .4415 | .6823 |
| 2. | EDI_21 | 21. Fico confusa com o tipo de emoções que sinto. | .384 | .3752 | .3950 | .6910 |
| 3. | EDI_26 | 26.* Consigo identificar claramente as minhas emoções. | .465 | .6084 | .1226 | .7347 |
| 4. | EDI_33 | 33. Não sei o que se passa comigo. | .776 | .3862 | .4501 | .6811 |
| 5. | EDI_40 | 40. É confuso perceber se tenho fome ou não. | .407 | .2222 | .3454 | .7001 |
| 6. | EDI_44 | 44. Preocupa-me a possibilidade de perder o controle dos meus sentimentos. | .520 | .6703 | .4738 | .6760 |
| 7. | EDI_47 | 47. Sinto-me empanturrada(o) depois de comer uma refeição normal. | .724 | .3024 | .3105 | .7042 |
| 8. | EDI_51 | 51. Quando estou aborrecida(o) não sei se estou triste, assustada(o) ou zangada(o). | .376 | .4954 | .4274 | .6850 |
| 9. | EDI_60 | 60. Tenho sentimentos que não consigo identificar. | .586 | .3279 | .5468 | .6682 |
| 10. | EDI_64 | 64. Quando ando aborrecida(o), recuso começar a comer. | .693 | .1858 | .2602 | .7103 |
| MEDO DA MATURIDADE | | | | | | |
| 1. | EDI_3 | 3. Desejava poder voltar à segurança da infância. | .199 | .4434 | .4348 | .6045 |
| 2. | EDI_6 | 6. Gostava de ser mais nova(o). | .886 | .3394 | .3954 | .6173 |
| 3. | EDI_14 | 14. A época mais feliz da vida de uma pessoa é quando se é criança. | .628 | .8157 | .4024 | .6116 |
| 4. | EDI_22 | 22.* Prefiro ser adulto a ser criança. | .839 | 1.2354 | .2821 | .6439 |
| 5. | EDI_35 | 35. As exigências da vida adulta são demasiadas. | .337 | .8431 | .2227 | .6601 |
| 6. | EDI_39 | 39.* Estou feliz por já não ser uma criança. | .619 | .8376 | .2667 | .6454 |
| 7. | EDI_48 | 48. Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças. | .361 | .5876 | .4525 | .5982 |
| 8. | EDI_58 | 58.* Os melhores anos da nossa vida são quando nos tomamos adultos. | .558 | 1.1478 | .3575 | .6246 |

Quadro 9: Estudo dos Itens adicionais que constituem o EDI2

| | | | TESTE-RETESTE | MÉDIA | R ITEM- TOTAL12 | ALPHA SE APAGADO |
|-----------------------|--------|---|------------------|--------|-----------------------|---------------------|
| ASCETISMO | | | | | | |
| 1. | EDI_66 | 66. A minha fraqueza humana envergonha-me. | 1.000 | .1330 | .2838 | .3710 |
| 2. | EDI_68 | 68. Gostaria de ter o controle total dos meus impulsos corporais. | .460 | 1.0182 | .1620 | .4175 |
| 3. | EDI_71 | 71.* Vou mudar, desviar o meu rumo, para experimentar o prazer. | .365 | 1.6138 | -.2789 | .6204 |
| 4. | EDI_75 | 75. Contrariar-me faz-me sentir espiritualmente forte. | .211 | .4444 | .3666 | .2939 |
| 5. | EDI_78 | 78. Comer por prazer é sinal de fraqueza moral. | Não há variância | .2787 | .3294 | .3315 |
| 6. | EDI_82 | 82. Acho que o relaxamento é simples perda de tempo. | Não há variância | .2568 | .2947 | .3467 |
| 7. | EDI_86 | 86. Os meus impulsos corporais embaraçam-me. | -.38 | .1949 | .4232 | .3133 |
| 8. | EDI_88 | 88. O sofrimento faz bem às pessoas. Torna-as melhores | .382 | .2550 | .2925 | .3482 |
| REGULAÇÃO DE IMPULSOS | | | | | | |
| 1. | EDI_65 | 65. As pessoas de quem gosto realmente acabam por me desapontar. | .590 | .2865 | .3409 | .7301 |
| 2. | EDI_67 | 67. As pessoas dizem que sou emocionalmente instável. | .619 | .3193 | .3985 | .7233 |
| 3. | EDI_70 | 70. Reajo impulsivamente e depois arrependo-me de o ter feito. | .523 | .5894 | .4536 | .7145 |
| 4. | EDI_72 | 72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso de drogas. | .632 | 1.0328 | .3431 | .7388 |
| 5. | EDI_74 | 74. Sinto-me ultrajada(o) nas relações que estabeleço. | -.052 | .2245 | .4585 | .7196 |
| 6. | EDI_77 | 77. Não consigo abstrair-me de pensamentos estranhos. | .494 | .5657 | .4139 | .7201 |
| 7. | EDI_79 | 79. Sou perita(o) em exteriorizar a raiva e a fúria. | .795 | .3996 | .3994 | .7225 |
| 8. | EDI_81 | 81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para o abuso do álcool. | .485 | .8869 | .3666 | .7316 |
| 9. | EDI_83 | 83. As pessoas dizem que me irrita facilmente. | .619 | .5255 | .4770 | .7111 |
| 10. | EDI_85 | 85. Tenho períodos de alterações de humor marcado. | .673 | .4653 | .4687 | .7129 |
| 11. | EDI_90 | 90. Sinto que tenho que me magoar ou magoar alguém. | Não há variância | .1259 | .2997 | .7359 |
| MEDOS SOCIAIS | | | | | | |
| 1. | EDI_69 | 69.* Sinto-me relaxada(o) na maioria das situações. | .510 | .7140 | .2570 | .1301 |
| 2. | EDI_73 | 73.* Costumo passear com a maioria das pessoas que conheço. | .423 | .7104 | .2400 | .1288 |
| 3. | EDI_76 | 76.* As pessoas percebem os meus problemas reais. | .560 | 1.0565 | .1619 | .1874 |
| 4. | EDI_80 | 80.* Sinto que as pessoas me dão o apreço que mereço. | .558 | .6995 | .2434 | .1396 |
| 5. | EDI_84 | 84. Para onde quer que vá sinto-me sempre perdida. | -.038 | .1639 | .1633 | .2079 |
| 6. | EDI_87 | 87. Prefiro passar o tempo comigo mesma(o) do que com outras pessoas. | .743 | .2732 | .1703 | .1932 |
| 7. | EDI_89 | 89.* Sei que as pessoas gostam de mim. | .382 | .4463 | .2588 | .1475 |
| 8. | EDI_91 | 91.* Sinto que realmente sei quem sou. | .597 | 1.6157 | -.3421 | .5641 |

Os quadros 9 são esclarecedores. À excepção dos itens EDI_71 (vou desviar o meu rumo, para experimentar o prazer) da subescala ascetismo e EDI_91 (sinto que realmente sei quem sou) da subescala medos sociais, nenhum outro item se correlaciona inversamente com a escala ou permite ganhos consideráveis em termos de consistência (ALPHA) se o item fosse

apagado. Com efeito, estes itens podem ser de difícil interpretação, em especial para determinados estratos etários, porém tal dificuldade não foi detectada em nenhum dos pré-testes.

Quadro 10: Estabilidade teste-reteste das subescalas.

| Subescalas do EDI | Coefficiente de Cronbach | Teste-Retest |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Tendência para emagrecer (TE) | 0,80 | 0,95 |
| Bulimia (BN) | 0,75 | 0,51 |
| Insatisfação Corporal (IC) | 0,87 | 0,89 |
| Ineficácia (INEF) | 0,76 | 0,55 |
| Perfeccionismo (PERF) | 0,63 | 0,73 |
| Desconfiança Interpessoal (DI) | 0,71 | 0,78 |
| Consciência Interoceptiva (CI) | 0,72 | 0,79 |
| Medo da Maturidade (MM) | 0,66 | 0,84 |
| subescalas provisórias do EDI2 | | |
| Ascetismo (ASC) | 0,53 | 0,41 |
| Regulação de Impulsos (RI) | 0,76 | 0,78 |
| Medos Sociais (MS) | 0,39 | 0,51 |

Como se pode verificar pelos quadros precedentes o EDI2 revelou possuir fidedignidade, embora alguma das suas escalas apresentem Alphas relativamente baixos, porém não se distanciam dos valores apresentados no manual de utilização do instrumento, à excepção da subescala MS, que apresenta um alpha de Cronbach bastante mais baixo que o original.

Em contrapartida, na estrutura factorial, para a população normal, obtivemos melhores resultados. Desta análise factorial foi possível extrair, após rotação varimax dos eixos, 9 factores ortogonais com valores próprios superiores a 1 e que explicam 40% da variância total. O quadro 11 mostra como se distribuíram os itens pelos factores.

Quadro 11: Solução factorial (Varimax) - método da Análise das Componentes Principais.

| | FACTOR1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | FACTOR 4 | FACTOR 5 | FACTOR 6 | FACTOR 7 | FACTOR 8 | FACTOR 9 |
|--------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| EDI_1 | 0,04 | 0,06 | 0,13 | -0,09 | 0,01 | -0,01 | -0,02 | 0,09 | 0,37 |
| EDI_7 | 0,60 | 0,04 | -0,01 | 0,15 | 0,26 | 0,10 | 0,02 | -0,06 | 0,14 |
| EDI_11 | 0,45 | -0,04 | 0,01 | 0,20 | 0,42 | 0,04 | 0,08 | -0,05 | 0,14 |
| EDI_16 | 0,61 | 0,03 | -0,10 | 0,22 | 0,16 | 0,19 | 0,05 | -0,06 | 0,12 |
| EDI_25 | 0,51 | 0,01 | -0,05 | 0,19 | 0,20 | 0,29 | 0,05 | -0,05 | 0,21 |
| EDI_32 | 0,53 | 0,11 | -0,14 | 0,23 | 0,24 | 0,23 | 0,08 | -0,06 | 0,16 |
| EDI_49 | 0,59 | 0,04 | -0,12 | 0,13 | 0,24 | 0,15 | 0,02 | -0,04 | 0,22 |
| EDI_4 | 0,28 | 0,02 | -0,01 | 0,27 | 0,30 | 0,15 | 0,01 | 0,03 | -0,17 |
| EDI_5 | 0,04 | 0,16 | 0,11 | 0,12 | 0,50 | 0,04 | -0,04 | -0,07 | -0,17 |
| EDI_28 | 0,16 | 0,19 | 0,11 | 0,24 | 0,58 | 0,09 | -0,03 | -0,07 | 0,02 |
| EDI_38 | 0,12 | 0,12 | 0,05 | 0,01 | 0,60 | -0,07 | 0,05 | -0,06 | -0,09 |
| EDI_46 | 0,07 | 0,37 | 0,01 | -0,08 | 0,55 | 0,11 | 0,16 | 0,09 | 0,11 |
| EDI_53 | 0,09 | 0,21 | -0,03 | 0,04 | 0,56 | 0,14 | 0,05 | 0,10 | 0,02 |
| EDI_61 | 0,00 | 0,20 | 0,05 | 0,00 | 0,50 | 0,29 | 0,06 | -0,02 | -0,07 |
| EDI_2 | 0,27 | 0,12 | 0,11 | 0,14 | 0,29 | 0,08 | -0,12 | -0,17 | -0,10 |
| EDI_9 | 0,74 | 0,07 | 0,05 | 0,07 | 0,07 | 0,09 | 0,11 | 0,04 | -0,07 |
| EDI_12 | 0,48 | 0,10 | 0,27 | 0,06 | 0,04 | -0,03 | -0,27 | -0,01 | -0,08 |
| EDI_19 | 0,63 | 0,06 | 0,38 | 0,02 | -0,05 | 0,06 | 0,02 | 0,03 | 0,00 |
| EDI_31 | 0,62 | 0,03 | 0,28 | 0,05 | -0,02 | 0,06 | 0,07 | 0,05 | -0,04 |
| EDI_45 | 0,72 | 0,14 | 0,00 | 0,12 | 0,09 | 0,08 | 0,16 | 0,05 | -0,02 |
| EDI_55 | 0,71 | 0,07 | 0,19 | -0,01 | -0,16 | -0,01 | -0,09 | 0,13 | -0,14 |
| EDI_59 | 0,71 | 0,13 | 0,03 | 0,07 | 0,08 | 0,07 | 0,14 | 0,04 | -0,01 |
| EDI_62 | 0,73 | 0,02 | 0,22 | -0,01 | -0,12 | 0,02 | -0,11 | 0,12 | -0,16 |
| EDI_10 | 0,17 | 0,12 | 0,09 | 0,06 | 0,17 | 0,43 | 0,09 | 0,11 | -0,01 |
| EDI_18 | 0,09 | 0,11 | 0,14 | 0,34 | 0,10 | 0,49 | 0,10 | 0,04 | -0,08 |
| EDI_20 | 0,15 | 0,11 | 0,42 | -0,15 | -0,01 | 0,12 | -0,10 | 0,12 | 0,15 |
| EDI_24 | 0,17 | 0,08 | 0,10 | 0,25 | 0,06 | 0,62 | 0,09 | 0,07 | 0,04 |
| EDI_27 | 0,14 | 0,24 | 0,04 | 0,11 | 0,12 | 0,58 | -0,10 | -0,05 | -0,05 |
| EDI_37 | 0,28 | -0,04 | 0,44 | -0,02 | -0,03 | 0,38 | -0,02 | 0,18 | 0,00 |
| EDI_41 | 0,10 | 0,07 | 0,09 | 0,03 | 0,15 | 0,58 | 0,15 | -0,09 | -0,03 |
| EDI_42 | 0,09 | 0,10 | 0,37 | -0,08 | -0,11 | 0,40 | -0,16 | 0,08 | 0,12 |
| EDI_50 | 0,14 | 0,06 | 0,44 | -0,09 | -0,01 | 0,40 | -0,17 | 0,06 | 0,10 |
| EDI_56 | 0,10 | 0,19 | 0,11 | 0,26 | 0,21 | 0,36 | -0,06 | 0,03 | 0,20 |
| EDI_13 | 0,04 | 0,27 | 0,06 | 0,06 | 0,05 | 0,18 | 0,49 | -0,10 | 0,04 |
| EDI_29 | 0,07 | 0,17 | -0,11 | 0,11 | -0,07 | 0,04 | 0,44 | 0,09 | 0,05 |
| EDI_36 | 0,06 | 0,27 | 0,08 | 0,21 | 0,28 | 0,16 | 0,31 | -0,10 | -0,20 |
| EDI_43 | 0,02 | 0,03 | -0,07 | 0,14 | -0,03 | -0,03 | 0,60 | -0,04 | 0,13 |
| EDI_52 | 0,02 | 0,13 | -0,03 | 0,14 | 0,08 | -0,01 | 0,52 | -0,02 | 0,06 |
| EDI_63 | -0,05 | 0,18 | -0,08 | 0,30 | 0,02 | -0,17 | 0,39 | -0,20 | -0,16 |
| EDI_15 | -0,12 | -0,07 | 0,65 | 0,18 | 0,14 | 0,00 | -0,04 | 0,02 | 0,12 |
| EDI_17 | -0,10 | 0,10 | 0,58 | 0,19 | 0,08 | 0,00 | 0,03 | 0,05 | 0,06 |
| EDI_23 | 0,02 | 0,00 | 0,62 | 0,02 | 0,08 | 0,04 | -0,14 | 0,06 | 0,17 |
| EDI_30 | 0,05 | 0,09 | 0,50 | -0,18 | 0,10 | 0,03 | 0,07 | -0,11 | 0,12 |
| EDI_34 | -0,04 | 0,00 | 0,29 | 0,42 | 0,22 | 0,10 | 0,01 | 0,06 | 0,02 |
| EDI_54 | -0,04 | 0,29 | 0,07 | 0,27 | 0,40 | 0,12 | -0,08 | 0,11 | 0,14 |
| EDI_57 | -0,05 | -0,12 | 0,64 | 0,16 | 0,16 | 0,00 | -0,03 | 0,08 | -0,03 |
| EDI_8 | 0,28 | 0,18 | 0,12 | 0,50 | 0,12 | 0,15 | 0,06 | 0,08 | -0,11 |
| EDI_21 | 0,11 | 0,01 | 0,01 | 0,50 | 0,17 | -0,03 | 0,07 | -0,05 | 0,02 |
| EDI_26 | 0,10 | 0,06 | 0,47 | 0,09 | 0,03 | -0,12 | 0,03 | -0,04 | 0,07 |
| EDI_33 | 0,09 | 0,23 | 0,00 | 0,43 | 0,04 | 0,34 | 0,09 | -0,06 | 0,13 |
| EDI_40 | 0,09 | 0,15 | 0,04 | 0,13 | 0,26 | 0,26 | 0,21 | -0,19 | 0,08 |
| EDI_44 | 0,19 | 0,14 | -0,08 | 0,50 | 0,02 | 0,19 | 0,12 | 0,01 | 0,10 |
| EDI_47 | 0,15 | 0,24 | 0,07 | 0,10 | 0,27 | 0,17 | 0,16 | 0,08 | 0,07 |
| EDI_51 | 0,05 | 0,19 | 0,02 | 0,50 | 0,07 | 0,01 | 0,11 | 0,14 | 0,10 |
| EDI_60 | 0,08 | 0,14 | 0,09 | 0,57 | 0,11 | 0,26 | 0,06 | 0,01 | 0,10 |
| EDI_64 | 0,38 | 0,15 | -0,03 | 0,15 | 0,32 | 0,20 | -0,10 | -0,03 | 0,05 |
| EDI_3 | 0,20 | 0,07 | 0,01 | 0,30 | 0,17 | 0,19 | 0,23 | 0,40 | -0,03 |
| EDI_6 | 0,02 | 0,08 | -0,05 | 0,19 | 0,13 | 0,25 | 0,15 | 0,44 | -0,09 |
| EDI_14 | 0,00 | 0,04 | -0,05 | 0,07 | 0,15 | 0,14 | 0,49 | 0,41 | 0,06 |
| EDI_22 | 0,01 | 0,09 | 0,08 | -0,01 | -0,17 | -0,14 | -0,13 | 0,65 | 0,06 |
| EDI_35 | 0,09 | 0,10 | -0,01 | 0,52 | 0,02 | 0,03 | 0,15 | 0,14 | 0,03 |
| EDI_39 | -0,03 | -0,06 | 0,27 | 0,00 | -0,02 | 0,01 | -0,06 | 0,53 | 0,07 |
| EDI_48 | 0,07 | -0,02 | -0,06 | 0,13 | 0,22 | 0,17 | 0,41 | 0,45 | 0,18 |
| EDI_58 | 0,06 | -0,01 | 0,15 | 0,00 | -0,09 | -0,05 | -0,07 | 0,66 | -0,10 |
| EDI_66 | 0,06 | 0,25 | 0,24 | 0,32 | 0,18 | 0,41 | -0,04 | -0,04 | -0,10 |
| EDI_68 | 0,12 | 0,18 | 0,00 | 0,39 | -0,03 | -0,01 | 0,18 | -0,12 | 0,04 |
| EDI_71 | -0,08 | -0,22 | 0,03 | -0,40 | -0,07 | 0,00 | -0,08 | 0,00 | 0,22 |
| EDI_75 | -0,02 | 0,57 | -0,05 | 0,09 | 0,19 | -0,04 | 0,08 | -0,11 | 0,14 |
| EDI_78 | 0,11 | 0,45 | -0,02 | 0,09 | 0,14 | 0,06 | 0,03 | -0,08 | 0,27 |
| EDI_82 | 0,01 | 0,53 | 0,04 | 0,02 | 0,12 | 0,18 | 0,06 | -0,05 | 0,10 |
| EDI_86 | 0,12 | 0,55 | 0,02 | 0,15 | 0,39 | 0,16 | 0,06 | 0,08 | 0,02 |
| EDI_88 | -0,05 | 0,41 | -0,02 | 0,18 | 0,14 | -0,01 | 0,07 | 0,08 | 0,05 |
| EDI_65 | 0,12 | 0,22 | 0,07 | 0,44 | 0,07 | 0,32 | 0,08 | 0,04 | -0,21 |
| EDI_67 | 0,19 | 0,34 | 0,03 | 0,39 | 0,03 | 0,21 | -0,04 | 0,04 | 0,01 |
| EDI_70 | 0,24 | 0,46 | 0,04 | 0,39 | -0,06 | 0,00 | 0,13 | 0,00 | -0,14 |
| EDI_72 | 0,00 | 0,15 | -0,05 | 0,12 | -0,10 | -0,02 | 0,18 | -0,02 | 0,60 |
| EDI_74 | -0,03 | 0,62 | 0,00 | 0,20 | 0,12 | 0,18 | -0,03 | 0,07 | 0,05 |
| EDI_77 | 0,07 | 0,44 | 0,04 | 0,35 | 0,01 | 0,03 | 0,08 | 0,01 | 0,14 |
| EDI_79 | 0,21 | 0,45 | -0,01 | 0,08 | -0,04 | 0,04 | 0,24 | -0,14 | -0,05 |
| EDI_81 | 0,00 | 0,16 | 0,00 | 0,12 | -0,09 | 0,05 | 0,22 | -0,07 | 0,65 |
| EDI_83 | 0,21 | 0,42 | 0,12 | 0,24 | 0,00 | 0,02 | 0,33 | -0,01 | 0,01 |
| EDI_85 | 0,13 | 0,59 | -0,04 | 0,15 | 0,12 | 0,07 | 0,09 | 0,06 | -0,01 |
| EDI_90 | 0,09 | 0,50 | -0,06 | -0,02 | 0,20 | 0,19 | 0,04 | 0,12 | -0,04 |
| EDI_69 | 0,22 | 0,03 | 0,45 | 0,04 | 0,05 | 0,05 | -0,07 | 0,11 | -0,13 |
| EDI_73 | 0,06 | -0,11 | 0,29 | -0,14 | -0,04 | 0,20 | 0,17 | -0,02 | -0,16 |
| EDI_76 | -0,05 | -0,04 | 0,38 | -0,09 | -0,19 | 0,15 | 0,11 | -0,02 | -0,20 |
| EDI_80 | 0,12 | -0,05 | 0,47 | 0,03 | -0,06 | 0,14 | 0,06 | 0,03 | -0,19 |
| EDI_84 | 0,09 | 0,35 | 0,12 | 0,18 | 0,18 | 0,36 | 0,06 | 0,01 | 0,04 |
| EDI_87 | 0,03 | 0,44 | 0,13 | 0,15 | 0,27 | 0,14 | 0,06 | 0,06 | 0,01 |
| EDI_89 | 0,13 | 0,06 | 0,49 | -0,07 | -0,04 | 0,25 | -0,05 | 0,08 | -0,13 |
| EDI_91 | -0,20 | 0,14 | -0,38 | -0,18 | -0,02 | -0,12 | 0,13 | -0,03 | 0,19 |

O quadro 11 permite-nos observar um padrão de itens que distribuem 11 subescalas em 9 dimensões, agrupando-as da seguinte forma:

1. As subescalas preocupações com o peso (TE) e insatisfação corporal (IC) agrupam-se no 1.º factor que explica 15,26% da variância total;
2. As subescalas regulação de impulsos (RI) e ascetismo (ASC) agrupam-se no 2.º factor que explica 6,22% da variância total;
3. As subescalas medos sociais (MS) e desconfiança interpessoal (DI) explicam a maior parte da variância do 3º factor que contribui com 4,46% da variância total;
4. A subescala consciência interoceptiva (CI) é aquela que mais contribui para a variância do factor 4. Este factor explica 2,99% da variância total;
5. A subescala bulimia (BN) é aquela que mais se salienta no 5º factor, que explica 2,43% da variância;
6. A subescala ineficácia (INEF) é aquela que mais contribui para a variância do 6º factor. Este factor explica 2,33% da variância total;
7. A subescala perfeccionismo (PERF) é a que mais se salienta no factor 7 que, por sua vez, explica 2,20% da variância total;
8. A subescala medos da maturidade (MM) é aquela que mais contribui para a variância do 8º factor. Este factor explica 2,04% da variância total;

O 9.º factor não consegue explicar nenhuma subescala em particular, porém uma solução forçada a 8 factores revelou-se menos clara, pelo que considerámos esta rotação a melhor solução factorial.

C} Para avaliação das atitudes, emoções, crenças e auto-estima que podem ser preditivas de distúrbios alimentares.

Escala de Atitudes (EA; Cláudia Ferreira para Pinto Gouveia, 1998). A EA é um questionário de atitudes com um total de 47 itens, apresentando um conjunto de diferentes atitudes e crenças que são frequentes nos indivíduos com distúrbios alimentares. Os inquiridos respondem através de

uma escala de Likert de 5 pontos desde "Concordo" a "Discordo". O EA é um instrumento ainda em estudo, pelo que não estão disponíveis os seus resultados, dados normativos e características psicométricas. O tempo médio de preenchimento do EA oscilou entre 5 e 7 minutos.

Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*, ROSENBERG (1965; 1979). A RSES é um instrumento de avaliação global do sujeito. Este questionário de auto-avaliação, composto por 10 itens (cinco dos quais redigidos em sentido positivo relativamente à auto-estima e cinco em sentido inverso) que, segundo o autor, resumem os aspectos medulares da própria valia, identificam e classificam as atitudes globais em relação ao EU. Estas atitudes incluem aspectos de identidade social, disposição e características físicas. Apesar do autor (1979) ter identificado três componentes da auto-estima [o Eu extenso (como o indivíduo se vê a si mesmo), o Eu desejado (como gostaria de ver o seu Eu) e o Eu pressentido (como se mostra aos outros)], a RSES é uma medida unidimensional da auto-estima global. Esta escala foi elaborada mediante a técnica de Guttman, com o objectivo de garantir a sua unidimensionalidade, no entanto, apresenta uma estrutura que se acomoda, enquanto alternativas de resposta, ao modelo de escalas de atitudes tipo *Likert*, com 5 categorias de resposta. Desta forma, os indivíduos classificam os assuntos que lhes dizem respeito numa escala de *Likert* de 5 pontos desde "Discordo totalmente" a "Concordo totalmente". As pontuações na RSES podem ir de 10 a 50, com as mais altas a corresponderem aos mais altos níveis de auto-estima. Assim, um *score* de 10 a 20 indica baixa auto estima, um *score* de 21 a 40 indica um grau médio de auto estima e um *score* entre 41 e 50 indica uma elevada auto estima. No nosso estudo, o tempo médio de preenchimento do RSES foi de 3 minutos.

Em estudos internacionais, a RSES tem mostrado fidedignidades elevadas, validade convergente e de validade discriminante (ROSENBERG, 1965, 1979; HOUSLEY, 1987; WYLIE, 1974, 1989).

Num minucioso estudo, levado a cabo por ROSENBERG (1965), a partir de uma amostra de 5024 sujeitos, o autor concluiu que a escala possuía uma capacidade para reproduzir a ordem de pontuações de 92%

(escalabilidade). SILVER e TIPPETT (1965) investigaram as questões da fidedignidade (mediante o método teste-reteste) obtendo o coeficiente de alpha de 0,85 e da validade convergente (com outros instrumentos de medida similares) obtendo correlação de 0,83. WYLIE (1974) numa revisão sobre considerações metodológicas e instrumentos de medida de auto-estima, conclui que "a escala de auto-estima de ROSENBERG, ainda que curta, mostrou uma forte fidedignidade e validade e é o instrumento mais adequado para medir a auto-estima. A auto-estima aparece significativamente correlacionada com a satisfação corporal e o seu construto multidimensional é responsável por alterações na imagem corporal (MELNICK & MOOKERJEE, 1991; BATISTA & VASCONCELOS, 1995).

D} Para avaliação dos sintomas depressivos, que frequentemente coexistem com os distúrbios alimentares

Inventário Depressivo de Beck (BDI; BECK, WARD, MENDELSON, MOCK, & ERLBAUGH, 1961) O BDI, foi apresentado pela primeira vez em 1961 por: BECK, WARD, MENDELSON, MOCK, e ERLBAUGH, porém, como quem o elaborou e pôs em prática foi o primeiro autor, adoptou-se o seu nome para o inventário. É um inventário de auto-avaliação constituído por 21 grupos de sintomas e atitudes, que identificam e avaliam a severidade dos sintomas depressivos (PINTO-GOUVEIA, 1990). Cada categoria é constituída por várias frases, dispostas numa ordem progressiva de gravidade. Os postulados variam entre quatro e seis, sendo alguns deles alternativos e por isso com o mesmo valor. A classificação, dentro de cada grupo, oscila entre o valor zero e três (quadro 12).

Segundo BECK, STEER & CARBIN (1988) e PINTO-GOUVEIA (1990), o estudo das propriedades psicométricas deste inventário tem mostrado fidedignidades e validades elevadas. As pontuações totais podem ir de 0 a 63, com as mais altas a corresponderem ao estado de maior depressão. O tempo médio de preenchimento do BDI foi de 7 minutos. Utilizámos a versão portuguesa, aferida por SERRA & ABREU (1973), adaptada, em termos semânticos e género, ao nosso estudo, uma vez que a utilização deste inventário numa população normal com idades entre os 12 e os 22 anos assim

o exigia. Esta adaptação, baseou-se nas questões postas durante o pré-teste deste estudo. Damos como exemplo a expressão original *Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)* e a adaptada *Sinto-me completamente falhada(o) como pessoa (filha(o), pai, mãe, marido, homem/ mulher)*. As restantes podem ser verificadas no quadro 12.

Quadro 12: Sintomas e pontuações do BDI¹⁸

| | | |
|--|--|---|
| A HUMOR (ESTADO DE ÂNIMO TRISTE) | Não me sinto triste. | 0 |
| | Ando “neura” ou triste. | 1 |
| | Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo. | 2 |
| | Estou tão triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim. | 2 |
| | Sinto-me tão triste ou infeliz que já não consigo suportar. | 3 |
| B PESSIMISMO | Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajada(o) em relação ao futuro. | 0 |
| | Sinto-me com medo do futuro. | 1 |
| | Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. | 2 |
| | Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas. | 2 |
| | Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação já não pode melhorar. | 3 |
| C SENTIMENTO DE FRACASSO | Não tenho a sensação de ter fracassado. | 0 |
| | Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. | 1 |
| | Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. | 2 |
| | Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos. | 2 |
| | Sinto-me completamente falhada(o) como pessoa (filha(o), pai, mãe, marido, homem/ mulher). | 3 |
| D FALTA DE SATISFAÇÃO | Não me sinto descontente com nada em especial. | 0 |
| | Sinto-me aborrecida(o) a maior parte do tempo. | 1 |
| | Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente. | 1 |
| | Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. | 2 |
| | Sinto-me descontente com tudo. | 3 |
| E SENTIMENTO DE CULPABILIDADE | Não me sinto culpada(o) de nada em particular. | 0 |
| | Por vezes penso que sou má(mau) ou que não tenho qualquer valor. | 1 |
| | Sinto-me bastante culpada(o). | 2 |
| | Sinto, permanentemente, que sou uma pessoa má e que não tenho valor nenhum. | 2 |
| | Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada. | 3 |
| F SENTIMENTO DE PUNIÇÃO | Não sinto que esteja a ser vítima de castigo algum. | 0 |
| | Tenho o pressentimento de que alguma coisa má me pode acontecer. | 1 |
| | Sinto que estou a ser castigada(o) ou que em breve serei castigada(o). | 2 |
| | Sinto que mereço ser castigada(o). | 3 |
| | Tenho que ser castigada(o). | 3 |
| G ÓDIO DE SI MESMO | Não estou descontente comigo. | 0 |
| | Estou desiludida(o) comigo mesmo. | 1 |
| | Não gosto de mim. | 2 |
| | Estou bastante desgostosa(o) comigo. | 2 |
| | Odeio-me. | 3 |
| H AUTO-ACUSAÇÕES | Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. | 0 |
| | Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros. | 1 |
| | Culpo-me das minhas próprias faltas. | 2 |
| | Sou culpada de todo o mal que me acontece. | 3 |
| I DESEJOS SUICIDAS | Não tenho quaisquer ideias de me magoar. | 0 |
| | Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. | 1 |
| | Sinto que seria melhor morrer. | 2 |
| | Creio que, para a minha família, seria melhor se eu morresse. | 2 |
| | Tenho planos concretos de como hei-de pôr termo à minha vida. | 2 |
| J PERÍODOS DE CHORO | Se tivesse oportunidade matava-me. | 3 |
| | Actualmente não choro mais do que o costume. | 0 |
| | Choro agora mais do que costumava. | 1 |
| | Passo o tempo a chorar e não consigo parar de o fazer. | 2 |
| | Costumo ser capaz de chorar, mas agora nem quando tenho vontade sou capaz. | 3 |
| K IRRITABILIDADE | Não ando mais irritado do que de costume. | 0 |
| | Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. | 1 |
| | Sinto-me permanentemente irritado. | 2 |
| | O que anteriormente me irritava já não o faz. | 3 |

¹⁸ Contém os itens adaptados

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| (continuação) | | |
| AFASTAMENTO SOCIAL | Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. | 0 |
| | Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. | 1 |
| | Perdi o interesse que tinha pelas outras pessoas, sentindo, por elas, pouca simpatia. | 2 |
| | Perdi por completo o interesse que tinha pelas outras pessoas, não me importando com nada que lhes diga respeito. | 3 |
| M INCAPACIDADE DE DECISÃO | Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. | 0 |
| | Actualmente sinto-me menos segura(o) de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões. | 1 |
| | Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda de outras pessoas. | 2 |
| | Sinto-me completamente incapaz de decidir alguma coisa. | 3 |
| N DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL | Não me parece que tenha pior aspecto do que o costume. | 0 |
| | Estou aborrecida(o) porque estou a parecer velha(o) ou pouco atraente. | 1 |
| | Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente. | 2 |
| | Sinto que sou feia(o) ou que tenho um aspecto repulsivo. | 3 |
| O INCAPACIDADE DE TRABALHAR | Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. | 0 |
| | Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar. | 1 |
| | Não consigo trabalhar tão bem como costumava | 1 |
| | Tenho que fazer um grande esforço para fazer seja o que for. | 2 |
| P ALTERAÇÕES DO SONO | Sinto-me incapaz de executar qualquer tarefa, por mais pequena que seja. | 3 |
| | Consigo dormir tão bem como dantes. | 0 |
| | De manhã acordo mais cansada(o) do que o habitual. | 1 |
| | Acordo cerca de uma a duas horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer. | 2 |
| Q FATIGABILIDADE | Acordo todos os dias mais cedo que o costume e não consigo dormir mais de cinco horas. | 3 |
| | Não me sinto mais cansada(o) do que é habitual. | 0 |
| | Fico cansada(o) com mais facilidade do que antigamente. | 1 |
| | Fico cansada(o) quando faço seja o que for. | 2 |
| R PERDA DE APETITE | Sinto-me tão cansada(o) que sou incapaz de fazer o que quer que seja. | 3 |
| | O meu apetite é o mesmo de sempre. | 0 |
| | O meu apetite costumava ser melhor. | 1 |
| | O meu apetite está muito pior do que estava anteriormente. | 2 |
| S PERDA DE PESO | Perdi, por completo, todo o apetite que tinha. | 3 |
| | Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum. | 0 |
| | Perdi mais de 2,5 kg, nestes últimos tempos. | 1 |
| | Perdi mais de 5 kg, nestes últimos tempos. | 2 |
| T HIPOCONDRIA | Perdi mais de 7,5 kg, nestes últimos tempos. | 3 |
| | A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. | 0 |
| | As dores, sofrimento, má disposição do estômago, prisão de ventre e ainda outras sensações físicas desagradáveis que sinto, preocupam-me. | 1 |
| | Estou tão preocupada(o) com aquilo que sinto que se torna difícil pensar noutra coisa. | 2 |
| U DIMINUIÇÃO DA LÍBIDO | Estou preocupadíssima(o) pela maneira como me sinto. | 3 |
| | Não notei qualquer mudança no meu interesse pela vida sexual. | 0 |
| | Encontro-me menos interessada(o) na vida sexual do que costumava estar. | 1 |
| | Cada vez me interessa menos a actividade sexual. | 2 |
| | Perdi completamente o interesse pela vida sexual. | 3 |

METCALFE & GOLDMAN (1965) após um estudo de validação do BDI, sugerem as seguintes pontuações para a avaliação dos estados depressivos: até 10, inclusive, não tem significado clínico; de 11 a 19 é um estado depressivo leve; de 20 a 28 é moderado; valores superiores a 29 enunciam uma depressão grave.

Num estudo efectuado por SCHWAB e cols. (1967), citado por SERRA (1972), a uma amostra de 153 doentes de clínica geral, verificaram que o valor total do BDI (tradutor do grau de profundidade da depressão), mais representativo da separação entre casos depressivos e não depressivos era o 10. Assim, os pacientes cujo valor de classificação fosse 10 ou superior, mostravam sinais evidentes de depressão, embora este sintoma não tenha sido

diagnosticado pelos clínicos que os tratavam. Este facto levou ao reconhecimento da utilidade deste inventário, quer no despiste de depressões que haviam passado despercebidas, quer na avaliação de algumas atitudes gerais dos enfermos, no que se refere a sentimentos de culpabilidade, pessimismo ou fracasso. À causa da depressão não ter sido detectada pelos clínicos gerais que acompanhavam aqueles doentes, foi atribuído o efeito de só a partir do valor 17 se visualizar sintomatologias afectivas mais concludentes.

Em 1987, KENDALL, HOLLON, BECK, HAMMEN & INGRAM, citados por PINTO-GOUVEIA (1990), sugerem os seguintes valores de corte:

Quadro 13: Pontos de corte do BDI¹⁹

| Estados Depressivos (valores superiores a 17) | | | | | |
|--|--------|----------|----------|-----------|---------|
| Pontos de corte | Normal | Disforia | Ligeiras | Moderadas | Severas |
| | 0 - 9 | 10 - 17 | 17 - 29 | 20 - 30 | > a 30 |

Relativamente à população portuguesa, SERRA & ABREU (1973), sugerem o valor 12 como ponte de corte acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida. Outros valores são referidos para avaliação e quantificação dos estados depressivos.

E} Para avaliação da perturbação psicopatológica

Lista de sintomas (SCL-90R, Symptom Check List - 90 - Revised; Derogatis, 1994). O SCL-90R nasce na sequência das inúmeras limitações do Hopkins Symptom Checklist (HSCL). Devido a essas limitações, na década de 70 deu-se início a um programa sistemático de desenvolvimento psicométrico, do qual resultou o actual SCL-90R. Os itens medulares das cinco dimensões dos sintomas primários do HSCL, que haviam sido definidos por DEROGATIS e cols. (1971/1972), foram retidos acrescentando-se àqueles 45 novos itens que derivaram em mais 4 dimensões. As opções de resposta foram alargadas

¹⁹ Quadro elaborado a partir dos dados de KENDALL, HOLLON, BECK, HAMMEN & INGRAM, (1987), in GOUVEIA (1990). Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a depressão: Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida.

para uma escala de 5 pontos e vários aspectos das instruções e administração foram revistos. Foram desenvolvidos três índices globais e sete itens para ajudar na discriminação nosológica. O SCL-90 (DEROGATIS e cols., 1973) foi o protótipo do SCL-90R; a análise dos itens deste protótipo revelou que a dimensão da ansiedade e a dimensão obsessiva-compulsiva eram psicometricamente flutuantes. Modificaram-lhe os itens, reviram-no e após um largo número de pesquisas que demonstraram a sua validade e a sua fidedignidade, criaram-se os dados normativos do SCL-90R.

Este questionário, largamente utilizado em diversos tipos de pesquisas, tem também sido requisitado para muitas investigações sobre os distúrbios alimentares (HALMI e cols.; GARNER & GARFINKEL, 1980; GARNER e cols. 1982; MOTA CARDOSO, 1985; COELHO, 1985; TORRES 1986). O SCL-90R é um inventário com 90 itens, estruturados em nove dimensões e sete itens adicionais: Somatização (SOM), Obsessão-Compulsão (O-C), Sensibilidade Interpessoal (S-I), Depressão (DEP), Ansiedade (ANS), Hostilidade (HOS), Ansiedade Fóbica (A-F), Ideação Paranóide (I-P) e Psicoticismo (PSI). Os sete itens adicionais contribuem para o *score* global do SCL-90R e embora não pertençam a nenhuma subescala específica, foram inseridos pela sua relevância clínica. As dimensões do SCL-90R estão descritas no quadro 14.

O cálculo dos *scores* das dimensões deste questionário obedece a algumas particularidades: em primeiro lugar obtém-se o somatório de cada dimensão, depois, cada um destes resultados é dividido pelo número de respostas obtidas na dimensão respectiva (por exemplo, a SOM têm 12 itens, mas se o inquirido responder apenas a 11, então divide-se o somatório da SOM por 11).

Para além da pontuação de cada uma das subescalas, o SCL-90R permite calcular três índices globais que reflectem três aspectos distintos dos distúrbios psicológicos (DEROGATIS & cols., 1975):

- ζ O índice de severidade global (ISG), que se calcula obtendo o somatório de todos os itens, dividindo-o depois pelo número de respostas (90 se não existirem respostas em falta),

- ζ O sintoma positivo total (SPT), que se obtém pela contagem do número de itens respondidos, cuja pontuação seja diferente de 0 (zero),
- ζ O índice positivo do sintoma de angústia (IPSA), cujo pontuação resulta da divisão do somatório de todos os itens pelo SPT.

O ISG é o melhor indicador do nível ou profundidade da perturbação psíquica actual quando se pretende uma única medida global (DEROGATIS & cols., 1994). Valores superiores a 1,5 são indicadores de perturbação, tanto no ISG como em cada uma das subescalas. As pontuações mais baixas correspondem ao comportamento alimentar normal e à ausência de perturbação psíquica. Os indivíduos classificam os assuntos que lhes dizem respeito numa escala de Likert de 5 pontos de 0 (zero) que equivale ao "Nunca" a 4 que equivale a "Muitas vezes".

No nosso estudo, o tempo médio de preenchimento do SCL-90R foi de 12 minutos.

Quadro 14: Subescalas e sintomas do SCL-90R.

| SUBESCALA | DESCRIÇÃO | ITENS |
|-----------|---|--|
| SOM | REFLECTE A ANGÚSTIA RESULTANTE DA PERCEÇÃO DE DISFUNÇÕES CORPORAIS | 1. Dores de cabeça. 4. Desmaios ou tonturas. 12. Dores sobre o coração ou no peito. 27. Dores no fundo das costas (cruzes). 40. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago. 42. Dores musculares. 48. Sensação de que lhe falta o ar. 49. Calafrios ou afrontamentos. 52. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiros) no corpo. 53. Impressão de ter uma bola na garganta. 56. Falta de forças em certas partes do corpo. 58. Sentir "um peso" nos braços ou pernas. |
| O-C | REFLECTE PENSAMENTOS, IMPULSOS E ACÇÕES REPETITIVAS E IRRESISTÍVEIS | 3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz. 9. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes. 10. O desleixo e falta de limpeza dão-lhe cuidados. 28. Dificuldade em fazer qualquer trabalho. 38. Fazer tudo devagar para ter a certeza de que fica bem feito. 45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz. 46. Dificuldades em tomar decisões. 51. Sensação de vazio na cabeça. 55. Dificuldades em se concentrar. 65. Vontade de repetir acções como por ex. tocar em objectos, lavar ou contar. |

(continuação)

| | | |
|-----|---|--|
| S-I | REVELA SENTIMENTOS DE INADEQUAÇÃO E INFERIORIDADE, PARTICULARMENTE NA COMPARAÇÃO COM OUTROS | 6. Sentir-se criticada(o) pelos outros. 21. Sentir-se tímida(o) ou com falta de vontade com pessoas do sexo oposto. 34. Sentir-se facilmente ofendida(o) nos seus sentimentos. 36. Sentir que os outros não a(o) compreendem. 37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si. 41. Sentir-se inferior. 61. Não se sentir à vontade quando as pessoas a(o) observam ou falam de si. 69. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas. 73. Não se sentir à vontade quando come ou bebe em local público. |
| DEP | REFLECTE UMA AMPLITUDE REPRESENTATIVA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS | 5. Diminuição de interesse ou prazer sexual. 14. Falta de forças ou lentidão. 15. Pensamentos de acabar com a vida. 20. Virem as lágrimas, facilmente aos olhos. 22. Impressão de se sentir presa(o) ou apanhada(o) em falta. 26. Acusar-se a si mesma(o) a propósito de qualquer coisa. 29. Sentir-se sozinha(o). 30. Sentir-se triste. 31. Ser muito pensativa(o), (cismática(o)) à cerca de certas coisas. 32. Sem interesse por nada. 54. Sentir-se sem esperança perante o futuro. 71. Sentir que tudo o que faz é com esforço. 79. Ter sentimentos de que não tem valor. |
| ANS | REVELA SINAIS DE ANSIEDADE GLOBAIS | 2. Nervosismo ou tensão interior. 17. Tremer. 33. Sentir-se atemorizada(o). 39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração. 57. Sentir-se em estado de tensão ou aflição. 72. Ter ataques de terror ou pânico. 78. Sentir-se tão inquieta(o) que não consegue estar sentada(o) ou parada(o). 80. Ter o pressentimento de que alguma coisa má lhe vai acontecer. 86. Pensamentos ou imagens assustadoras. |
| HOS | REFLECTE PENSAMENTOS, SENTIMENTOS, OU ACÇÕES QUE CARACTERIZAM O ESTADO DE IRA | 11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente. 24. Impulsos que não se podem controlar. 63. Impulsos de bater, ofender ou ferir alguém. 67. Vontade de destruir ou partir coisas. 74. Entrar facilmente em discussão. 81. Gritar com as pessoas ou atirar coisas. |
| A-F | REFLECTE MEDOS IRRACIONAIS E DESPROPORCIONAIS AO ESTÍMULO | 13. Medo na rua ou praças públicas. 25. Medo de sair de casa sozinha(o). 47. Medo de viajar de comboio ou de autocarro. 50. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo. 70. Não se sentir à vontade no meio de pessoas (lojas, filas, cinemas, etc.). 75. Sentir-se nervosa(o) quando tem que ficar sozinha(o). 82. Medo de vir a desmaiar em frente de outras pessoas. |
| I-P | REFLECTE COMPORTAMENTOS PARANÓIDES, SOB FORMA DE PENSAMENTO DESORDENADO | 8. Ideia de que outras pessoas são culpadas pela maioria dos seus problemas. 18. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas. 43. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si. 68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm. 76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades. 83. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si. |

(continuação)

| | | |
|-----------------|--|--|
| PSI | REFLECTE O CONSTRUTO COMO UMA DIMENSÃO DA EXPERIÊNCIA HUMANA | 7. Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos. 16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem. 35. Ter a impressão de que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos secretos. 62. Ter pensamentos que não lhe pertencem. 77. Sentir-se sozinha(o) mesmo quando está com mais pessoas. 84. Pensamentos acerca de assuntos sexuais que a(o) perturbam muito. 85. Sentimento de que deveria ser castigada(o) pelos seus pecados. 87. A impressão de que alguma coisa grave se passa no seu corpo. 88. Grande dificuldade em sentir-se “próxima(o)” de outra pessoa. 90. Impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça. |
| ÍTEM ADICIONAIS | ÍTEM COM RELEVÂNCIA CLÍNICA | 19. Perder o apetite. 44. Dificuldades em adormecer. 59. Pensamentos sobre a morte ou enterros. 60. Vontade de comer de mais. 64. Acordar muito cedo de manhã. 66. Sono agitado ou não repousante. 89. Sentimentos de culpa. |

4. Metodologia utilizada na recolha dos dados

Procurámos manter a uniformidade na metodologia da colheita dos dados em todas as escolas. No entanto, dada a obrigatoriedade, por parte dos professores, de cumprir com programas escolares, nem sempre pudemos utilizar o espaço inicialmente projectado: as aulas de Educação Física. Porém, sempre que nos foi permitido, os questionários foram passados nas aulas de Educação Física pelo facto de nestas aulas todos os jovens estarem vestidos com o mesmo tipo de roupa e calçado, que normalmente é leve, permitindo obter resultados mais fidedignos na pesagem destes. Nos casos em que este critério não pode ser cumprido, verificámos se os inquiridos tinham excesso de roupa (casacos, sobretudos, gabardinas, etc.), que interferissem na obtenção das medidas e pesos correctos. Todos os inquiridos foram pesados e medidos, envergando roupas leves e calçado raso.

Para a administração dos testes, contámos com a ajuda de uma Psicóloga e uma Professora do ensino secundário, com prática na administração de questionários, que esclarecidas sobre os objectivos do trabalho e conhecendo as instruções de preenchimento do instrumento, nos apoiaram na administração dos mesmos, na pesagem, na medição, bem como a responder a dúvidas relativas a conteúdos semânticos dos itens se, quando solicitados, a investigadora estivesse a ser solicitada por outros indivíduos ou num outro espaço.

Nos restantes aspectos, a colheita dos dados obedeceu sempre às mesmas normas:

1. Explicação da natureza do estudo e da confidencialidade das respostas.
2. Utilização de questionários com instruções padronizadas, bem como o seu "design" (com excepção do QGA para além de respostas fechadas, continha espaços para escrita). O preenchimento dos instrumentos tiveram o apoio constante dos administradores visando, essencialmente, a clarificação das instruções e o esclarecimento de algumas dúvidas relacionadas com a interpretação e significado dos itens. As dificuldades surgiram

apenas nos estratos etários mais baixos e relacionavam-se com o significado literal de alguma palavras (ex. nádegas).

3. Utilização dos mesmos instrumentos de medida na colheita dos dados que serviriam para avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC).

5. *Tratamento Estatístico dos Dados*

Utilizámos o tratamento informático através do *SPSS 7.5 for windows*. Os dados foram submetidos ao seguinte tratamento estatístico:

Inspeção prévia dos dados, para ver se havia desvios significativos em relação à normalidade nas distribuições das variáveis estudadas.

Criação de *clusters* de casos para formação de grupos.

Criação de *clusters* de variáveis para formação de grupos.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis sociodemográficas, da amostra total e por sexo.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis relacionadas com o comportamento alimentar, da amostra total e por sexo.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis relacionadas com a imagem corporal, da amostra total e por sexo.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis relacionadas com as atitudes alimentares, da amostra total e por sexo.

Cálculo dos índices que separam a ausência da presença de sintomas, da amostra total e por sexo.

Cálculo das contingências, percentagens e respectivos coeficientes de significância, entre os índices de massa corporal (IMC) e as variáveis consideradas importantes no estudo dos distúrbios alimentares.

Testes t de Student (médias), para conhecer o comportamento de dois grupos seleccionados, relativamente a cada uma das variáveis em análise.

Análises de variância, para analisar os dados dependentes de vários efeitos ou condições externas. Neste estudo foi utilizado a ANOVA de um critério com o objectivo de testar a existência de diferenças significativas entre as médias obtidas pelos grupos em análise. Sempre que existirem diferenças

significativas procedemos a uma análise às *comparações múltiplas*, para identificar essas mesmas diferenças.

Fizemos, ainda, as análises multivariadas (MANOVAS), com o objectivo de encontrar as relações entre duas ou mais situações para cada variável, utilizando sujeitos diferentes em cada uma das situações.

Calculo das prevalências através do ORTHOGONAL DESIGN\ DISPLAY\ PROFILES FOR SUBJECTS, para obtenção de PLANCARDS e posterior filtragem dos casos.

Para análise psicométrica dos resultados obtidos pela administração do EDI2 foram calculados, para cada item, a média, respectivos desvios padrão e correlações com o total da escala. Foi também realizada a análise da dimensionalidade da escala, através da análise factorial dos itens e da correlação entre os factores encontrados. O método utilizado na análise da dimensionalidade da escala foi a análise das componentes principais (ACP), uma vez que se pretende uma análise exploratória. Procedemos, ainda, à determinação dos coeficientes de consistência interna (alpha de Cronbach) para a escala total e para os factores.

6. Características Gerais da Amostra

No quadro estão representadas as características gerais da amostra em função do género e globalmente.

A amostra final ficou constituída por 224 indivíduos do sexo masculino e 325 do sexo feminino.

Quadro 15 – Frequências, percentagens, médias e respectivos desvios padrão das variáveis sociodemográficas, por sexo

| | | Masculino 224 (40,8 %) | | | | Feminino 325 (59, 2%) | | | | Totais Subtotal | | | | Total | t (p) |
|----------------------|-------------------|---------------------------|------|-----------|----------|--------------------------|------|-----------|----------|--------------------|------|-----------|----------|---------|---------|
| | | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | | |
| Ensino Superior | FCDEF | 51 | 9,3 | | | 38 | 6,9 | | | 89 | 16,8 | | | | |
| | ISMT | 4 | 0,7 | | | 96 | 17,5 | | | 100 | 18,2 | | | 549 | 0,583 |
| | | | | | | | | | | | | | | [100%] | (0,560) |
| Escolas Secundárias | ECSDEC | 110 | 20,0 | | | 104 | 18,9 | | | 214 | 39,0 | | | | |
| | ESDD | 59 | 10,7 | | | 87 | 15,8 | | | 146 | 26,6 | | | | |
| Anos de escolaridade | 7º ano | 29 | 5,3 | | | 29 | 5,3 | | | 58 | 10,6 | | | | |
| | 8º ano | 34 | 6,2 | | | 34 | 6,2 | | | 68 | 12,4 | | | | |
| | 9º ano | 47 | 8,6 | | | 41 | 7,5 | | | 88 | 16,0 | | | | |
| | 10º ano | 19 | 3,5 | | | 39 | 7,1 | | | 58 | 10,6 | | | | |
| | 11º ano | 40 | 7,3 | 7,08 | 3,65 | 35 | 6,4 | 6,27 | 3,82 | 75 | 13,7 | 6,60 | 3,77 | 549 | 2,501 |
| | 12º ano | – | – | | | 13 | 2,4 | | | 13 | 2,4 | | | [100%] | (0,013) |
| | 1º ano ES | 51 | 9,3 | | | 32 | 5,8 | | | 83 | 15,1 | | | | |
| | 2º ano ES | 4 | 0,7 | | | 75 | 13,7 | | | 79 | 14,4 | | | | |
| | 3º ano ES | – | – | | | 27 | 4,9 | | | 27 | 4,9 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Idades | 12-22 | 224 | 40,8 | 15,63 | 2,53 | 325 | 59,2 | 16,98 | 3,09 | 549 | 100 | 16,43 | 2,95 | 549 | -5,4 |
| | | | | | | | | | | | | | | [100%] | (0,000) |
| Idades em classes | 12-16 | 142 | 25,9 | 13,97 | 1,35 | 151 | 27,5 | 14,07 | 1,3 | 293 | 53,4 | 14,02 | 1,32 | 549 | 0,609 |
| | 17-22 | 82 | 14,9 | 18,51 | 1,12 | 174 | 31,7 | 19,52 | 1,6 | 256 | 46,6 | 19,20 | 1,54 | 549 | (0,543) |
| | | | | | | | | | | | | | | [100%] | -5,109 |
| | | | | | | | | | | | | | | | (0,000) |
| Profissão do Pai | 1-Q.Superiores | 6 | 1,1 | | | 20 | 3,8 | | | 26 | 5,0 | | | | |
| | 2-Intelectuais | 63 | 12,0 | | | 75 | 14,3 | | | 138 | 26,4 | | | | |
| | 3-Intermédios | 48 | 9,2 | | | 43 | 8,2 | | | 91 | 14,4 | | | | |
| | 4-Administrativos | 22 | 4,2 | | | 37 | 7,1 | | | 59 | 11,3 | | | | |
| | 5-Serviços | 33 | 6,3 | | | 61 | 11,7 | | | 94 | 18,0 | | | | |
| | 6-Agricultores Q. | 5 | 1,0 | 3,43 | 1,95 | 18 | 3,4 | 3,82 | 2,01 | 23 | 4,4 | 3,66 | 1,99 | 523 | 2,212 |
| | 7-Operários | 21 | 4,0 | | | 43 | 8,2 | | | 64 | 12,2 | | | [95,3%] | (0,027) |
| | 8-Operador Maq. | – | – | | | – | – | | | – | – | | | | |
| | 9-T. N. Q. | 3 | 0,6 | | | 2 | 0,4 | | | 5 | 1,0 | | | | |
| | 0-Indiferenciados | 13 | 2,5 | | | 10 | 1,9 | | | 23 | 1,9 | | | | |
| Profissão da Mãe | 1 | 2 | 0,4 | | | 3 | 0,6 | | | 5 | 0,9 | | | | |
| | 2 | 72 | 13,5 | | | 78 | 14,6 | | | 150 | 28,1 | | | | |
| | 3 | 26 | 4,9 | | | 30 | 5,6 | | | 56 | 10,5 | | | | |
| | 4 | 36 | 6,8 | | | 52 | 9,8 | | | 88 | 16,5 | | | | |
| | 5 | 17 | 3,2 | | | 29 | 5,4 | | | 46 | 8,6 | | | | |
| | 6 | 2 | 0,4 | 2,54 | 1,92 | 3 | 0,6 | 2,82 | 2,41 | 5 | 0,9 | 2,71 | 2,23 | 533 | -1,468 |
| | 7 | 8 | 1,5 | | | 28 | 5,3 | | | 36 | 6,8 | | | [97,1%] | (0,162) |
| | 8 | – | – | | | 1 | 0,2 | | | 1 | 0,2 | | | | |
| | 9 | 2 | 0,4 | | | 9 | 1,7 | | | 11 | 2,1 | | | | |
| | 0 | 47 | 8,8 | | | 88 | 16,5 | | | 135 | 25,3 | | | | |

No quadro precedente estão resumidas as características gerais do grupo estudado. Pela sua análise, podemos verificar que foram quatro as *escolas* nas quais se inquiriu o grupo em questão, distribuído da seguinte forma: 34,4% da amostra foram alunos das duas escolas do ensino superior seleccionadas, dos quais 16,2% da FCDEF. e 18,2% do ISMT. Estas duas escolas foram escolhidas em função do género. A primeira é frequentada, na sua maioria, por alunos do sexo masculino, enquanto o ISMT é frequentado, na sua maioria, por indivíduos do sexo feminino (correspondem a 9,3% e 17,5% da nossa amostra, respectivamente). Com efeito, a comparação entre os

sexos nas 4 escolas estudadas mostra que existem diferenças entre estas e o género ($p>0,560$).

As outras duas escolas dividem-se em C+S e secundárias, de onde resultaram 65,6% dos alunos da amostra. Da Escola C+S de Eugénio de Castro (ECSDEC) resultou uma amostra de 39,0%, dos quais 20% dos indivíduos são do sexo masculino e 18,9% do sexo feminino. Na Escola Secundária D. Duarte (ESDD) foram inquiridos 26,6% da população, dos quais 10,7% são alunos do sexo masculino e 18,8% do sexo feminino.

Relativamente aos *anos de escolaridade* e tendo em atenção os picos dos Distúrbios Alimentares (14 e 18 anos), podemos verificar que 26,7% dos alunos (12,1% do sexo masculino e 14,6 do sexo feminino) estavam a frequentar o 9º e o 10º anos (pico dos 14 anos) e 17,5% (9,3 do sexo masculino e 8,4% do sexo feminino) estavam a frequentar o 12º ano e o 1º ano do ensino superior (pico dos 18 anos). Os restantes 55,8% dos alunos distribuem-se pelos 7.º, 8.º, 11.º anos e 1.º, 2.º e 3.º anos do ensino superior. A comparação entre os sexos mostra que não existem diferenças significativas entre os anos de escolaridade ($p=0,013$)).

A variável *idade* foi tratada de diferentes formas: como um todo e dividida em 2 grupos de adolescentes (de acordo com os determinantes do desenvolvimento fisiológico), seguindo os quadros de SHONFELD W.A (1982) sobre o desenvolvimento normal do adolescente :

1º grupo - dos 12 aos 16 anos, em pleno período do desenvolvimento pubertário;

2º grupo - dos 17 aos 22 anos, adolescentes num período de desaceleração do desenvolvimento físico, uma estabilização da morfologia do corpo.

Assim, podemos verificar que entre os 12 e os 22 anos (mínimo e máximo) temos uma média global de 16,43 com 2,95 anos de desvio padrão. Relativamente à mesma média, mas por sexos, obtivemos 15,63 anos para o sexo masculino e 16,98 anos para o sexo feminino. Os respectivos desvios padrão são de 2,53 anos para o masculino e 3,09 para o feminino. Analisando

a distribuição das idades pelos sexos, verificamos que não existem diferenças significativas ($p=0,000$).

Quanto ao primeiro grupo, 12-16 anos (onde apanhamos o primeiro pico), a média é de 13,97 com 1,35 anos de dispersão para o sexo masculino e de 14,07 com um desvio padrão de 1,3 anos para o sexo masculino. A média global deste grupo é de 14,02 com um desvio padrão de 1,32 anos. Neste primeiro grupo de idades, os sujeitos não se distribuem de forma semelhante nos dois sexos ($p=0,543$).

O segundo grupo (17-22 anos) apresenta uma média por sexos de 18,51 e 19,52 anos para o género masculino e feminino, respectivamente. A média global deste grupo é de 19,2 anos e distribuem-se de forma semelhante pelos 2 sexos.

A divisão em classes foi útil pois, para além de nos permitir uma menor dispersão dos dados, permitiu-nos saber que, em ambos os grupos, o sexo feminino é aquele que tem maior número de inquiridos, bem como uma média de idade superior.

Quanto à caracterização socioprofissional e proporção dos pais dos inquiridos que pertencem a diferentes categorias profissionais não tivemos em atenção a preocupação de definir *à priori* e de um modo rigoroso os meios culturais e socioeconómicos.

Em relação a Portugal existem alguns ensaios de caracterização do meio socioeconómico. Para caracterizar os sujeitos da amostra, recorreremos à Classificação Nacional das Profissões do INE de 1994. Para construção da base de dados utilizámos o 1º dígito, embora tenhamos classificado as citadas profissões percorrendo toda a lista. A categorização é a seguinte:

1. Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa;
2. Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas;
3. Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio;
4. Pessoal Administrativo e Similares;
5. Pessoal dos Serviços e Vendedores;
6. Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas;
7. Operários, Artífices e Trabalhadores Similares;
8. Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem;
9. Trabalhadores Não Qualificados;
0. Ocupações que não encaixam em nenhuma das categorias, ou por não ser profissão ou por não estarem especificadas (ex.: reformado, dona de casa).

Atribuímos o valor zero às ocupações que não encaixam em nenhuma das categorias definidas, para evitar o inflacionamento dos valores médios observados. Nesta categoria encontramos 23 pais e 135 mães.

A leitura das médias do quadro 15 permite-nos deduzir que, em termos globais, a população inquirida pertence à classe média, uma vez que tanto o pai como a mãe destes apresentam, em termos médios, os valores de 3,66 e 2,71, respectivamente, cujos valores de dispersão podem, no entanto, colocá-los um pouco “acima” ou “abaixo” destes valores. Porém, ao observarmos mais atentamente este mesmo quadro verificamos que os pais (elemento do sexo masculino) destes jovens aparecem, de uma maneira geral, com um estatuto socioprofissional acima das mães dos mesmos, apesar de ambos apresentarem valores modais na mesma categoria (Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas).

Analisando a distribuição dos sexos pela profissão exercida, verifica-se que não existem diferenças entre o género e a profissão do pai, isto é, a distribuição é semelhante ($p=0,027$). O mesmo não acontece com a profissão da mãe ($p=0,162$), que apresenta um nível de significância bi-caudal superior ao admitido nas ciências, isto é, superior a 0,05.

II. Análise dos Resultados

Recolhidos e sumariados que foram os dados procedemos, então, à sua análise. A aplicação das escalas, anteriormente referidas, mostrou que existem diferenças, estatisticamente significativas, na distribuição da população por sexos. Os valores e significância para estes testes foram calculados pelo teste t de Student para amostras independentes²⁰. O quadro 16 apresenta a constituição da amostra nos diferentes questionários.

Quadro 16: Médias, desvios padrão, somatórios e teste t para a igualdade das médias, dos instrumentos utilizados, por sexo.

| ESCALA [MIN-MAX] | SCORES | | | | | | t | p |
|------------------|-----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|--------|-------|
| | MASCULINO (224) | | FEMININO (325) | | TOTAIS (549) | | | |
| | \bar{X} | δ | \bar{X} | δ | \bar{X} | δ | | |
| EDI2 | | | | | | | | |
| TE [0-20] | 1,71 | 2,57 | 3,74 | 4,73 | 2,91 | 4,12 | -5,865 | 0,000 |
| BN [0-19] | 1,36 | 2,91 | 1,14 | 2,40 | 1,23 | 2,62 | 0,955 | 0,340 |
| IC [0-27] | 3,41 | 4,60 | 7,45 | 6,72 | 5,81 | 6,26 | -7,826 | 0,000 |
| INEF [0-28] | 2,71 | 3,60 | 3,26 | 4,02 | 3,03 | 3,86 | -1,645 | 0,101 |
| PERF [0-18] | 5,74 | 3,67 | 4,86 | 3,92 | 5,22 | 3,84 | 2,648 | 0,008 |
| DI [0-18] | 3,64 | 3,49 | 3,10 | 3,27 | 3,32 | 3,37 | 1,832 | 0,068 |
| CI [0-21] | 3,68 | 4,35 | 4,37 | 4,51 | 4,09 | 4,46 | -1,796 | 0,073 |
| MM [0-22] | 6,31 | 4,12 | 6,21 | 4,52 | 6,25 | 4,36 | 0,259 | 0,796 |
| ASC [0-21] | 4,76 | 3,41 | 3,81 | 2,77 | 4,19 | 3,08 | 3,597 | 0,000 |
| RI [0-30] | 5,56 | 5,77 | 5,33 | 5,50 | 5,42 | 5,61 | 0,473 | 0,636 |
| MS [0-19] | 5,75 | 2,81 | 5,63 | 2,82 | 5,68 | 2,81 | 0,488 | 0,626 |
| BDI [0-43] | | | | | | | | |
| BDI total | 5,95 | 7,14 | 8,46 | 8,65 | 7,43 | 8,15 | -3,586 | 0,000 |
| EA [74-213] | | | | | | | | |
| EA total | 140,32 | 22,71 | 138,14 | 22,35 | 139,03 | 22,5 | 1,116 | 0,265 |
| RSES [11-50] | | | | | | | | |
| RSES total | 39,77 | 6,70 | 37,4 | 6,75 | 38,36 | 6,82 | 4,057 | 0,000 |
| SCL-90R | | | | | | | | |
| SOM [0-3,67] | 0,9215 | 0,6360 | 1,2059 | 0,6629 | 1,0894 | 0,6662 | -5,009 | 0,000 |
| O-C [0-3,90] | 1,2013 | 0,6940 | 1,4437 | 0,6516 | 1,3448 | 0,6791 | -4,170 | 0,000 |
| S-I [0-4] | 1,1200 | 0,7557 | 1,4407 | 0,7555 | 1,3099 | 0,7712 | -4,887 | 0,000 |
| DEP [0-3,69] | 1,0313 | 0,7145 | 1,3231 | 0,6853 | 1,2040 | 0,7113 | -4,819 | 0,000 |
| ANS [0-3,89] | 0,9921 | 0,7115 | 1,3337 | 0,7583 | 1,1943 | 0,7578 | -5,319 | 0,000 |
| HOS [0-4] | 1,0446 | 0,7963 | 1,2549 | 0,8336 | 1,1691 | 0,8243 | -2,957 | 0,003 |
| A-F [0-3,43] | 0,6371 | 0,6885 | 0,9200 | 0,6871 | 0,8046 | 0,7010 | -4,737 | 0,000 |
| I-P [0-4] | 1,1347 | 0,7915 | 1,3364 | 0,7164 | 1,2541 | 0,7538 | -3106 | 0,002 |
| PSI [0-4] | 0,8536 | 0,7432 | 0,9982 | 0,7180 | 0,9392 | 0,7312 | -2,286 | 0,023 |
| ISG [0,1-3,43] | 0,9965 | 0,6505 | 1,2624 | 0,6323 | 1,1539 | 0,6524 | -4,785 | 0,000 |
| SPT [0-12] | 6,8 | 3,30 | 8,32 | 3,07 | 7,70 | 3,29 | -5,467 | 0,000 |
| IPSA [0-47] | 13,67 | 7,42 | 13,99 | 5,86 | 13,86 | 6,54 | -0,567 | 0,571 |

Comparámos, em cada escala e/ou subescalas, os indivíduos do sexo masculino com os do sexo feminino e verificámos que, enquanto as subescalas do EDI2, Tendência para Emagrecer (TE) e Insatisfação Corporal (IC), distinguem com significância estatística, os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, pelos primeiros apresentarem médias mais elevadas, as subescalas Perfeccionismo (PERF) e Ascetismo (ASC) distinguem-nos com

²⁰ Uma vez que os testes t indicam diferenças nas amostras através das médias e da distribuição dos resultados da amostra relativamente ao valor médio, envolvendo as respectivas medidas de dispersão, utilizaremos este teste sempre que as variáveis a manipular sejam quantitativas.

significância estatística pela razão inversa, deixando de se distinguir neste aspecto as subescalas Bulimia (BN), Ineficácia (INEF), Dificuldades Interpessoais (DI), Consciência Interoceptiva (CI), Medo da Maturidade (MM), Regulação de Impulsos (RI) e Isolamento Social (MS).

Os resultados obtidos na Escala de Atitudes (EA) revelam alguma disparidade entre os *scores* médios de cada sexo, com valores mais elevados para o sexo masculino, porém, esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa. O mesmo não acontece no teste t para igualdade das médias, quer dos *scores* do Inventário Depressivo de Beck (BDI), quer dos *scores* médios da Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSES), em que no primeiro caso estas se apresentam superiores no sexo feminino e no segundo no sexo masculino.

Tanto as subescalas quanto os índices de sintomas da lista SCL90-R revelam diferenças significativas entre o sexos, com médias superiores para o sexo feminino, à excepção do índice positivo do sintoma de angústia (IPSA), cuja diferença não apresenta significância estatística. Consideramos, ainda, que é importante realçar o facto de apesar de não existirem, em termos médios, valores superiores a 1,5 (indicador de perturbação), os elevados desvios padrão podem, à excepção da A-F para o sexo masculino, anular esta inexistência.

Chamamos a atenção para os elevados desvios padrão das escalas e subescalas em análise que, tal como as médias, devem ser lidos (e lidas) tendo em vista a igualmente elevada amplitude.

Face às prevalências apontadas pelos diversos investigadores da clínica dos distúrbios alimentares, face aos resultados obtidos aquando da caracterização da amostra, e aos supra analisados, apresentaremos todos os resultados em função do sexo.

1. Análise da amostra em função do Índice de Massa Corporal (IMC)²¹

A cultura da beleza parece ter-se tornado "científica" e a avaliação do corpo passa por tabelas de medidas ou por uma balança. Ora, partindo do pressuposto que os comportamentos alimentares, perturbados ou não, são, não só mas também, vinculados ao peso e à constituição física percebida, começámos pela análise do índice de massa corporal da nossa amostra.

Sabendo que o IMC de 20 kg/ m² é aquele que marca a classe inferior do peso em que se situam a maioria das pessoas [20 a 25 kg/ m²], sendo este valor apontado como aquele que separa os indivíduos com um peso normal dos que não o têm²², começámos por utilizar este valor como ponte de corte, subdividindo a amostra em dois índices: IMC inferior ou igual a 20 kg/ m² e superior a 20 kg/ m². Entretanto, porque a utilização de apenas um ponto de corte limitar-nos-ia a análise de alguns estados ponderais, nomeadamente a leitura dos dados que se situam nos extremos, reorganizámos a nossa amostra em 3 grupos: os que apresentam um IMC igual ou inferior a 17,5 kg/ m² (subpeso); os que têm um IMC entre 17,5 e 25 kg/ m² (peso normal²³); aqueles cujo IMC seja superior a 25 kg/ m² (sobrepeso).

Para esta subdivisão, baseámo-nos nos índices de massa corporal, apontados e valorizados por diversos autores: um IMC igual ou inferior a 17,5 kg/ m², associado a outros sintomas, é muito sugestivo de AN, menos de 20 é magreza, de 20 a 25 kg/ m² é um peso desejável, de 25 a 30 kg/ m² é excesso de peso, de 30 a 40 kg/ m² é obesidade, superior a 40 kg/ m² é hiper-obesidade).

²¹ $IMC = \frac{\text{Peso em Kg}}{(\text{altura metros})^2}$

²² apesar deste valor se distanciar um pouco daquele que resulta do cálculo da relação peso ideal / altura (21,4 kg/ m²), ou do valor apontado pela ICD-10 (inferior a 17,5 kg/ m² é critério de anorexia). Para avaliar o peso ideal, existe uma fórmula simples que nos diz que PI (peso ideal) seria igual a H (altura) menos 105 e, depois mais ou menos 3. Assim, se a pessoa for de constituição larga somamos 3. Se, pelo contrário a pessoa tiver uma aparência longilínea, diminuímos esse valor (3). Uma outra fórmula utilizada na avaliação do PI é subtrair 10% ao peso normal.

²³ Para avaliar o peso normal (PN) aplica-se a seguinte fórmula: PN = H (cm) - 100

| Quadro 17 – Relação Peso/ Altura | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------|------|-----------|----------|--------------|------|-----------|----------|--------|-----|-----------|----------|--------|-------|
| | Masculino | | | | Feminino | | | | Totais | | | | | |
| | 224 (40,8 %) | | | | 325 (59, 2%) | | | | | | | | | |
| | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | t | p |
| Peso | 224 | 40,8 | 61,07 | 12,19 | 325 | 59,2 | 54,25 | 7,77 | 549 | 100 | 57,03 | 10,37 | 7,994 | 0,000 |
| Altura | 224 | 40,8 | 1,703 | 0,106 | 325 | 59,2 | 1,626 | 0,07 | 549 | 100 | 1,6571 | 0,0964 | 10,062 | 0,000 |

Como seria de esperar, a altura e o peso dos inquiridos difere significativamente entre os sexos. Estes elementos podem ser verificados no quadro 17. Apesar do IMC resultar da relação entre peso e altura, os resultados diferem dos anteriores quando este índice é visto na sua globalidade. O quadro que se segue demonstra-o.

| Quadro 18 - Avaliação do IMC | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|----------|--------------|-------------|-------------|----------|--------|------------|-----------|----------|--|
| | Masculino | | | | Feminino | | | | Totais | | | | |
| | 224 (40,8 %) | | | | 325 (59, 2%) | | | | | | | | |
| | min = 11,07 | | max = 30,93 | | min = 15,06 | | max = 33,71 | | Total | | | | |
| | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | |
| IMC total | 224 | 40,8 | 20,9 | 2,797 | 325 | 59,2 | 20,6 | 2,557 | 549 | 100 | 20,7 | 2,66 | |
| ≤ 20 | 86 | 38,4 (35,5) | 18,20 | 1,58 | 156 | 48,0 (64,5) | 18,5 | 1,09 | 242 | 44,1 (100) | 18,4* | 1,29 | |
| > 20 | 138 | 61,6 (45) | 22,58 | 1,94 | 169 | 52,0 (55) | 22,4 | 2,05 | 307 | 55,9 (100) | 22,5 | 2,00 | |
| ≤ 17,5 | 20 | 8,9 (42,6) | 16,0 | 1,608 | 27 | 8,3 (57,4) | 16,8 | 0,594 | 47 | 8,6 (100) | 16,4* | 1,19 | |
|]17,5-25] | 187 | 83,5 (40) | 20,9 | 1,875 | 280 | 86,2 (60) | 20,5 | 1,791 | 467 | 85,1 (100) | 20,7* | 1,84 | |
| > 25 | 17 | 7,6 (48,6) | 26,42 | 1,676 | 18 | 5,5 (51,4) | 27,0 | 2,011 | 36 | 6,4 (100) | 26,7 | 1,86 | |

*p<0,05

O quadro 18 mostra que as médias do IMC total não diferem significativamente entre os sexos. Esta situação altera-se quando observamos estas mesmas diferenças em função dos pontos de corte acima definidos, cujos resultados revelam que os indivíduos que apresentam um IMC inferior ou igual a 20 kg/m² se diferenciam significativamente por sexos. Podemos, ainda, observar que, neste caso, apesar de serem os rapazes a apresentarem os IMC mais baixos, existe um maior número de raparigas com IMC abaixo deste valor (64,5% das raparigas contra 35,5% dos rapazes). Com um IMC superior a 20 kg/m² não se verificam diferenças significativas entre os sexos, apesar dos

rapazes apresentarem médias de IMC superiores às raparigas, com 45% das frequências da amostra a pertencerem aos homens e 55% às mulheres. O quadro mostra também que a amplitude do IMC é muito elevada, variando entre os 11,07 e os 33,71 kg/m², com os indivíduos do sexo masculino a apresentarem mínimos e máximos inferiores aos do sexo feminino.

Quanto aos restantes pontos de corte, observámos que 8,6% dos inquiridos têm um subpeso (IMC $\leq 17,5$), 85,1% têm um peso normal e 6,4% um sobrepeso (IMC > 25). Dos indivíduos com um peso igual ou inferior a 17,5 kg/m² de Índice Massa Corporal, 42,6% são do sexo masculino (o que corresponde a 8,9% dos rapazes) e 57,4% do sexo feminino (que correspondem a 8,3% das raparigas), distinguindo-se significativamente entre os sexos. Com um IMC normal (segundo Sampaio, entre 17,5 e 25 kg/m²) temos 85,1%, com uma incidência 60% no sexo feminino (que corresponde a 86,2% das raparigas) e de 40% no sexo masculino (o que corresponde a 83,5% dos rapazes). A comparação dos indivíduos do sexo feminino com os do sexo masculino, mostrou que estes se distinguem significativamente em relação aos IMC médios apresentados por cada género. Relativamente aos indivíduos com sobrepeso, não se revelam diferenças significativas de IMC por género. Aliás, o quadro antecedente reforça este mesmo aspecto, apresentando uma percentagem de indivíduos semelhante em ambos os sexos. Podemos, ainda, acrescentar que no sexo feminino a incidência é de 51,4% (que corresponde a 5,5% das raparigas) e de 48,6% no sexo masculino (o que corresponde a 7,6% dos rapazes).

Daqui podemos ler que existem mais raparigas do que rapazes com tendência para a magreza e que relativamente à tendência para a obesidade (IMC superior a 25), apesar das raparigas estarem, em termos relativos, menos representadas que os rapazes e apresentarem IMC médios superiores, não existem diferenças de IMC entre os sexos.

Os resultados sugeriram-nos uma outra subdivisão dos IMC, sendo esta baseada na distribuição da nossa amostra e respectiva curva de normalidade.

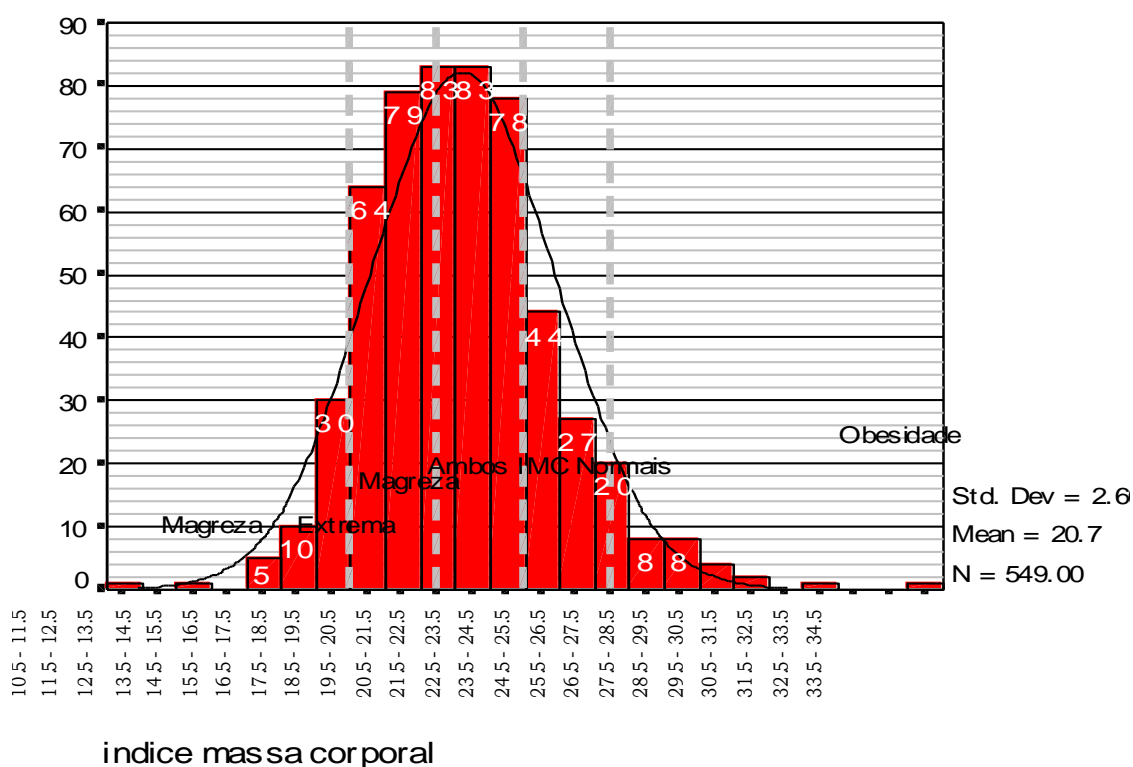


GRÁFICO 1: IMC EM FUNÇÃO DA CURVA DE NORMALIDADE

Assim dividimos a nossa amostra em 5 índices diferentes: Inferior ou Igual a 17,5 kg/m² (magreza extrema); Entre 17,5 e 20 kg/m² (magreza); Entre 20 e 22,5 kg/m² (Normal para indivíduos com constituição estreita); Entre 22,5 e 25 kg/m² (Normal para indivíduos com constituição larga); Superior a 25 kg/m² (Obesidade).

O quadro 19 mostra como se distribuiu a amostra por estes índices.

Quadro 19 - Avaliação do IMC com base nos testes de normalidade

| | Masculino | | | | Feminino | | | | Totais | | | |
|-----------|--------------|-------------|-------------|----------|--------------|-------------|-------------|----------|--------|------------|-----------|----------|
| | 224 (40,8 %) | | | | 325 (59, 2%) | | | | | | | |
| | min = 11,07 | | max = 30,93 | | min = 15,06 | | max = 33,71 | | Total | | | |
| | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ |
| IMC total | 224 | 40,8 | 20,8959 | 2,797 | 325 | 59,2 | 20,6 | 2,797 | 549 | 100 | 20,7 | 2,660 |
| ≤ 17,5 | 20 | 8,9 (42,6) | 16,0 | 1,608 | 27 | 8,3 (57,4) | 16,8 | 0,594 | 47 | 8,6 (100) | 16,4* | 1,192 |
|]17,5-20] | 66 | 29,5 (33,8) | 18,9 | 0,741 | 129 | 39,7 (66,2) | 18,9 | 0,758 | 195 | 35,5 (100) | 18,9 | 0,751 |
|]20-22,5] | 82 | 36,6 (42,7) | 21,3 | 0,725 | 110 | 33,8 (57,3) | 21,3 | 0,662 | 192 | 35 (100) | 21,3 | 0,688 |
|]22,5-25] | 39 | 17,4 (48,8) | 23,5 | 0,711 | 41 | 12,6 (51,3) | 23,5 | 0,737 | 80 | 14,6 (100) | 23,49 | 0,721 |
| > 25 | 17 | 7,6 (48,6) | 26,4 | 1,676 | 18 | 5,5 (51,4) | 27,0 | 2,011 | 35 | 6,4 (100) | 26,7 | 1,857 |

*p<0,05

O IMC subdividido de acordo com a distribuição da nossa amostra pelos índices supra indicados, não se distribui, com relevância estatística, diferentemente entre os sexos (à excepção do índice $\leq 17,5$ kg/m² que já havia sido observado anteriormente). Contudo, parece-nos relevante o facto de a maioria dos rapazes (36,6%) se situarem entre os 20 e os 22,5 kg/m² e a maioria das raparigas (39,7%) no índice 17,5 a 20 kg/m². Esta situação pode ter a ver com os papéis esperados por ambos os sexos, isto é, robustez para os rapazes e fragilidade para as raparigas.

2. Análise da Insatisfação corporal

Os critérios de diagnóstico da DSMIV para as perturbações do comportamento alimentar referem, para além do critério "peso corporal mínimo" (Critério A), entre outros, a "perturbação na apreciação do corpo" (peso, tamanho e forma) ou, se "traduzirmos", insatisfação corporal (Critério C).

O quadro seguinte mostra a Insatisfação Corporal (IC) média e total por sexos, avaliado através do EDI2.

Quadro 20 - Avaliação da Insatisfação Corporal (IC) por sexos

| | SCORES | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|--------|-------|
| | [min. = 0 | | | | máx. = 27] | | | |
| | MASCULINO (224) | | FEMININO (325) | | TOTAIS (549) | | | |
| | \bar{X} | δ | \bar{X} | δ | \bar{X} | δ | t | p |
| Insatisfação Corporal [IC] | 3,41 | 4,60 | 7,45 | 6,72 | 5,81 | 6,26 | -7,822 | 0,000 |

Tendo em consideração que quanto maior for o valor obtido na IC, maior é a manifestação deste traço, os resultados supra apresentados podem ser lidos da seguinte forma:

Existem diferenças significativas na distribuição dos valores da IC por sexo relativamente aos *scores* da IC, em que as médias da insatisfação corporal, aumentam consideravelmente nos indivíduos do sexo feminino.

Para termos a noção concreta sobre o grau de satisfação/ insatisfação corporal da nossa amostra e atendendo a que este depende da pontuação média por inquirido e não da média da amostra, fomos calcular o valor para cada indivíduo e classificámo-los de acordo com a seguinte gradação:

| | <i>Totalmente Satisfeitos</i> 0 | <i>Insatisfeitos</i> > 0 < 3 | <i>Totalmente Insatisfeitos</i> 3 |
|------------------------|---|--|---|
| Feminino (325) | 17,2 % (56) | 82,2% (267) | 0,6% (2) |
| Masculino (224) | 39,3% (88) | 60,7% (136) | 0% |

Com efeito, 82,8% (82,2% +0,6%) das raparigas apresentam um índice positivo do sintoma, isto é, pontuam positivamente na subescala IC do EDI2, que mede a insatisfação corporal, contra os 39,7% dos rapazes que pontuam da mesma forma. O testes gráficos que se seguem ilustram os resultados da tabela anterior.

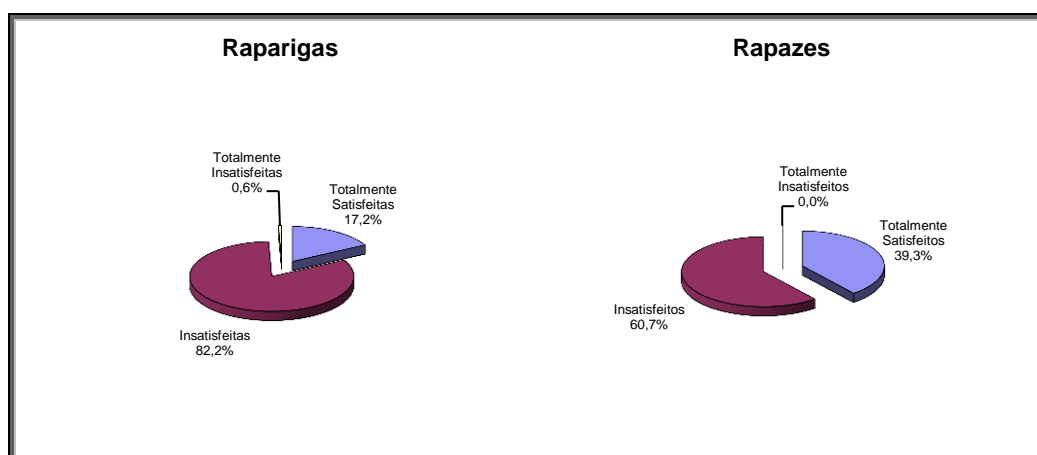


GRÁFICO2: INSATISFAÇÃO CORPORAL POR SEXOS

Os resultados que precedem este comentário, permitem-nos dizer que o grau de insatisfação corporal é superior nas raparigas.

Relação entre insatisfação corporal e peso

Sabendo que existe associação entre Insatisfação Corporal (IC do EDI2) e IMC²⁴ fomos verificar como se distribuíam as classes de IMC anteriormente referidos com a escala que mede a insatisfação corporal (IC), por sexos. Para facilitar a leitura dos dados, a primeira linha da tabela compara a amostra, no que diz respeito ao IMC médio global, a segunda linha compara, em termos médios, Insatisfação Corporal medida pela subescala IC do EDI2, as restantes comparam os IMC acima descritos. O quadro 21 mostra os resultados obtidos nesta análise.

Quadro 21 - Avaliação da Insatisfação Corporal (IC) por IMC

| | Masculino 224 (40,8 %) | | | | Feminino 325 (59, 2%) | | | | Totais | | | |
|-----------|----------------------------------|-------------|----------|-------|---------------------------------|-------------|----------|-------|---------------|------------|-------|------|
| | min = 0 | | max = 24 | | min = 0 | | max = 27 | | Total | | | |
| | N | % | X | δ | N | % | X | δ | N | % | X | δ |
| IMC total | 224 | 40,8 | 20,8959 | 2,797 | 325 | 59,2 | 20,5595 | 2,557 | 549 | 100 | 20,70 | 2,66 |
| IC total | 224 | 40,8 | 3,40 | 4,60 | 325 | 59,2 | 7,45 | 6,72 | 549 | 100 | 5,81* | 6,26 |
| ≤ 20 | 86 | 38,4 (35,5) | 3,64 | 4,66 | 156 | 48 (64,5) | 5,44 | 5,82 | 242 | 44,1 (100) | 4,80* | 5,49 |
| > 20 | 138 | 61,6 (45) | 3,28 | 4,57 | 169 | 52 (55) | 9,31 | 6,96 | 307 | 55,9 (100) | 6,60* | 6,71 |
| ≤ 17,5 | 20 | 8,9 (42,6) | 3,00 | 3,48 | 27 | 8,3 (57,4) | 4,59 | 4,29 | 47 | 8,6 (100) | 3,92 | 4,01 |
|]17,5-25] | 187 | 83,5 (40) | 3,46 | 4,70 | 280 | 86,2 (60) | 7,35 | 6,57 | 467 | 85,1 (100) | 5,79* | 6,19 |
|]17,5-20] | 66 | 29,5 (33,8) | 3,83 | 4,96 | 129 | 39,7 (66,2) | 5,61 | 6,10 | 195 | 35,5 (100) | 5,01* | 5,79 |
|]20-22,5] | 82 | 36,6 (42,7) | 3,23 | 4,73 | 110 | 33,8 (57,3) | 8,4 | 6,41 | 192 | 35 (100) | 6,20* | 6,29 |
|]22,5-25] | 39 | 17,4 (48,8) | 3,31 | 4,21 | 41 | 12,6 (51,3) | 10,02 | 7,10 | 80 | 14,6 (100) | 6,75* | 6,74 |
| > 25 | 17 | 7,6 (48,6) | 3,41 | 4,84 | 18 | 5,5 (51,4) | 13,28 | 8,62 | 35 | 6,4 (100) | 8,49* | 8,55 |

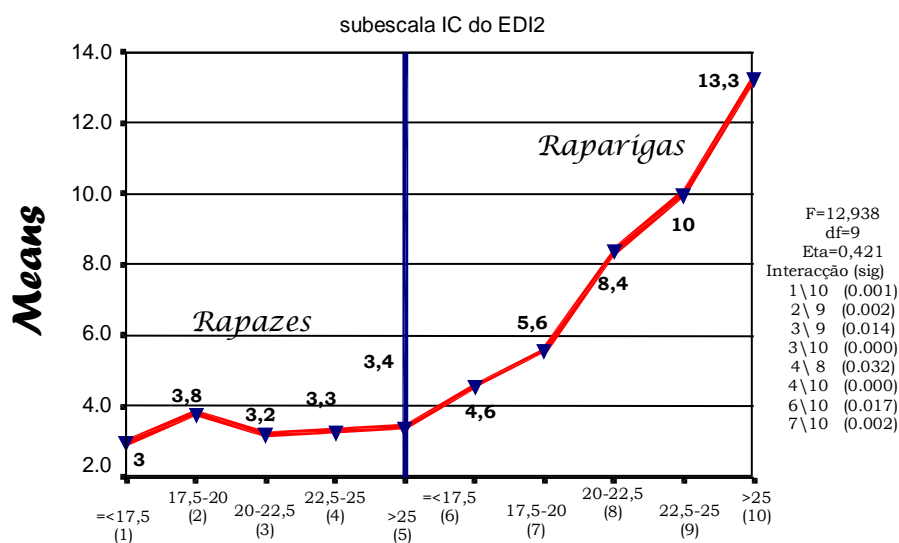
*p<0,05

Como podemos verificar pelo quadro que precede este comentário, existem diferenças significativas na distribuição dos valores da IC por sexo relativamente aos scores da IC por IMC, em que as médias da insatisfação corporal aumentam consideravelmente nos indivíduos com IMC mais elevados. Analisando estes mesmos resultados por sexo, confirmamos o atrás exposto, isto é, que o sexo feminino é aquele que manifesta mais insatisfação com o seu corpo, uma vez que as suas médias são sempre superiores às do sexo

²⁴ O coeficiente de correlação de Pearson (r) para a amostra total foi de 0,185 com uma significância (bi-caudal) de 0,000, ao nível de 0,001. O r por sexos foi de 0,007 para o sexo masculino, sem significância estatística e de 0,339 para o sexo feminino com significância de 0,000, ao nível de 0,001 (bi-caudal).

masculino, sendo estas diferenças estatisticamente significativas, com exceção do IMC inferior ou igual a 17,5 kg/m². Parece-nos, também, relevante a comparação entre os valores médios obtidos na escala que mede a insatisfação corporal e os valores obtidos por índice, com 29,5% dos rapazes a apresentarem valores de insatisfação mais elevada no índice 17,5 a 20 kg/m² (magreza) e maior número de satisfeitos nos índices 20 a 22,5 kg/m² e 22,5 a 25 kg/m², com 36,6% e 17,4% respectivamente. Quanto às raparigas cuja insatisfação difere significativamente da dos rapazes, apresentam-se fortemente insatisfeitas nos três índices que se situam entre os 20 e os 25 kg/m², havendo um aumento progressivo de insatisfação corporal (médias da IC) em função do IMC. O teste gráfico 2, obtido na análise multivariada ilustra e confirma o exposto.

Insatisfação Corporal * IMC



Rapazes: $R=0,007$
 $P=0,918$

Raparigas: $R=0,332$
 $P=0,000$

GRÁFICO3: INSATISFAÇÃO CORPORAL POR IMC

O gráfico precedente, para além de confirmar que são as raparigas que mais se sentem insatisfeitas à medida que o IMC aumenta, revela que não há diferenças significativas entre os rapazes com diferentes IMC e as médias obtidas na insatisfação corporal, avaliada pela subescala IC do EDI2.

Tal como o IMC é definido pela relação peso/ altura, também a constituição física dos indivíduos o é, só que estes não a definem com uma fórmula, mas com a imagem que têm de si. Desta imagem resulta, muitas vezes, a satisfação ou a insatisfação corporal. Ora, partindo do princípio que a constituição corporal percebida influencia a satisfação corporal, analisaremos uma em relação à outra.

O quadro 22 mostra como é que a nossa amostra classifica a sua constituição física e o quadro 23 mostra quão satisfeitos ou insatisfeitos estão, os sujeitos da nossa amostra, com a sua constituição física.

| Quadro 22 - Avaliação da Constituição Física por sexos | | | | | | | | | |
|--|----------|------------------|-------------|-----------------|-------------|--------------|------------|----------|-------|
| | | Masculino | | Feminino | | TOTAL | | | |
| | | 224 (40,8 %) | | 325 (59, 2%) | | 549 (100%) | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | χ^2 | π |
| CONSTITUIÇÃO FÍSICA | Estreita | 27 | 12,1 (30) | 63 | 19,4 (70) | 90 | 16,4 (100) | 14,400 | 0,000 |
| | Média | 187 | 83,5 (45,2) | 227 | 69,8 (54,8) | 414 | 75,4 (100) | 3,865 | 0,049 |
| | Larga | 10 | 4,5 (22,2) | 35 | 10,8 (77,8) | 45 | 8,2 (100) | 13,889 | 0,000 |

O quadro 22 mostra que dos 549 inquiridos, 414 (75,4%) se consideram de constituição média, 90 (16,4%) de constituição estreita e 45 (8,2%) de constituição larga, com uma maioria relativa no sexo feminino. Os resultados da comparação entre as frequências obtidas em cada grupo foi calculado pelo teste do quiquadrado complexo (3x2), que revelou diferenças significativas entre as frequências observadas e as esperadas. Daí podermos concluir que a população se distribui diferentemente pelas categorias em análise. O quadro 23 avalia a insatisfação corporal por constituição física auto atribuída.

| Quadro 23 - Avaliação da Insatisfação Corporal (IC) por constituição física percebida | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|-----------------------|-------------|-----------|----------|-----------------------|-------------|-----------|----------|----------|------------|-----------|----------|
| | | Insatisfação corporal | | | | Insatisfação corporal | | | | Totais | | | |
| | | Masculino | | | | Feminino | | | | Subtotal | | | |
| | | 224 (40,8 %) | | | | 325 (59, 2%) | | | | | | | |
| | | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ |
| CONSTITUIÇÃO FÍSICA | IC total | 224 | 40,8 | 3,40 | 4,60 | 325 | 59,2 | 7,45 | 6,72 | 549 | 100 | 5,81* | 6,26 |
| | Estreita | 27 | 12,1 (30) | 3,34 | 3,38 | 63 | 19,4 (70) | 3,87 | 4,27 | 90 | 16,4 (100) | 3,74 | 4,01 |
| | Média | 187 | 83,5 (45,2) | 3,33 | 4,56 | 227 | 69,8 (54,8) | 7,02 | 5,87 | 414 | 75,4 (100) | 5,35* | 5,62 |
| | Larga | 10 | 4,5 (22,2) | 5,00 | 7,60 | 35 | 10,8 (77,8) | 16,69 | 7,42 | 45 | 8,2 (100) | 14,09* | 8,86 |

*p<0,05

O quadro anterior revela que a insatisfação corporal aumenta nos indivíduos com constituição física de maiores dimensões, sendo a constituição física larga aquela que se diferencia superiormente da insatisfação (IC) média, tanto no sexo feminino como no sexo masculino. O cálculo das médias e variabilidade dos resultados foi efectuado pelo teste de Student, revelando diferenças significativas entre a insatisfação corporal por sexos e a constituição física média e larga. Este facto, permite-nos rejeitar a hipótese nula de que existem apenas diferenças fortuitas devidas a variáveis desconhecidas. Com efeito, parece que a constituição física, em especial a percebida como larga, influencia a insatisfação corporal.

3. *Análise das preocupações com o peso*

Ao longo dos tempos tem-se afirmado e reafirmado que os indivíduos com distúrbios alimentares sofrem de distorção de imagem corporal, percebendo o seu corpo ou certas partes como maiores, mais volumosas ou mais desproporcionadas do que o são na realidade. A insatisfação com o corpo, nestes casos, costuma estar vinculada a determinadas partes, cujo aspecto o indivíduo reprova. Esta preocupação e insatisfação com o corpo é, então, extrapolada para a conduta que pode ir desde o isolamento social ao interpessoal (por vergonha de se expor fisicamente), da simples dieta até à redução caótica da ingestão de alimentos.

Seguindo este raciocínio, parece-nos importante conhecer a história do peso dos indivíduos, bem como a redução de ingestão alimentar, apontada com principal causa do descontrole alimentar.

Neste sentido, apresentamos uma pré-visualização de alguns aspectos da recente história do peso e do comportamento alimentar, nomeadamente a idade em que começaram as preocupações com o peso, que segundo os diversos investigadores, nacionais e internacionais, tem vindo a diminuir, a frequência da redução de ingestão de alimentos nos últimos 6 meses, que é como já afirmámos um dos factores de risco das perturbações alimentares e a ingestão descontrolada de alimentos, que quando assume determinada frequência pode ser sintoma e critério de bulimia.

Idade de início das preocupações com o peso

Para avaliar a idade em que os indivíduos começam as preocupações com o seu peso corporal, utilizámos o item 31 do QGA.

O quadro 24 mostra os resultados da análise deste item.

| Quadro 24 – Idade de início das preocupações com o peso | | | | | | | |
|---|----|-----------------|---------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| VARIÁVEIS | | Masculino | | Feminino | | Totais* | |
| | | $\bar{X}=14,01$ | $\delta=2,63$ | $\bar{X}=14,097$ | $\delta=2,44$ | $\bar{X}=14,7$ | $\delta=2,53$ |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Idade com que começou a preocupação com o peso | 10 | 4 | 5,2 (80,0) | 1 | 0,5 (20,0) | 5 | 1,9 (100) |
| | 11 | 13 | 16,9 (50,0) | 13 | 6,9 (50,0) | 26 | 9,8 (100) |
| | 12 | 6 | 7,8 (24,0) | 19 | 10,1 (76,0) | 25 | 9,4 (100) |
| | 13 | 15 | 19,5 (42,9) | 20 | 10,6 (57,1) | 35 | 13,2 (100) |
| | 14 | 10 | 13,0 (25,6) | 29 | 15,3 (74,4) | 39 | 14,7 (100) |
| | 15 | 8 | 10,4 (18,6) | 35 | 18,5 (81,4) | 43 | 16,2 (100) |
| | 16 | 4 | 5,2 (13,3) | 26 | 13,8 (86,7) | 30 | 11,3 (100) |
| | 17 | 8 | 10,4 (30,8) | 18 | 9,5 (69,2) | 26 | 9,8 (100) |
| | 18 | 3 | 3,9 (23,1) | 10 | 5,3 (76,9) | 13 | 4,9 (100) |
| | 19 | 5 | 6,5 (41,7) | 7 | 3,7 (58,3) | 12 | 4,5 (100) |
| | 20 | 1 | 1,3 (11,1) | 8 | 4,2 (88,9) | 9 | 3,4 (100) |
| | 21 | – | – | 3 | 1,6 | 3 | 1,1 |
| * $t=-2,846$ $p=0,007$ | | | | | | | |

O quadro anterior mostra que a idade do começo com preocupações com o peso vai desde a infância até aos adultos jovens, com tendência para começar mais cedo nos rapazes, para depois essa tendência ir diminuindo, acontecendo o inverso com as raparigas. Com efeito, dos 5 inquiridos que afirmam ter começado a preocupar-se com o peso aos 10 anos, 4 (80%) são do sexo masculino e dos 26 que referem ter começado aos 11 anos, 13 (50%) são

do sexo masculino, o que em termos de *ratio* corresponde a 16,9% dos indivíduos do sexo masculino contra apenas 6,9 % dos do sexo feminino.

O quadro 24 mostra, ainda, que a média global da idade em que se iniciam as preocupações com o peso se situa nos 14,7 com um desvio padrão de 2,53 anos, diferindo significativamente entre os sexos.

Apesar da idade de início das perturbações do comportamento alimentar depender do tipo de transtorno, é consensual que é a etapa compreendida entre os 13/14 anos até aos 16 anos que fornece o perfil do tipo de evolução que terá a conduta alimentar de uma pessoa. A preocupação com a imagem corporal, os hábitos alimentares que adquire nesse período e o ambiente familiar, exercerão uma influência importante na adequação ou perturbação dos seus comportamentos alimentares. Com base nestes pressupostos e para diminuir o efeito da amplitude de valores sobre a média (desvio padrão) dividimos a variável idade em duas classes: inferior ou igual a 16 anos e superior a 16 anos. O quadro 25, mostra os resultados obtidos.

Quadro 25 - Recente história do peso por classes

| VARIÁVEIS | | Masculino 224 (40,8 %) | | | | Feminino 325 (59, 2%) | | | | Total * | | | |
|---|------|---------------------------|----------------|-----------|----------|--------------------------|----------------|-----------|----------|---------|---------------|-----------|----------|
| | | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ |
| Idade (classes) com que começou a preocupação com o peso | ≤ 16 | 60 | 77,9 (29,6) | 12,9 | 1,7 | 143 | 75,7 (70,4) | 13,9 | 1,61 | 203 | 76,3 (100) | 13,61 | 1,70 |
| | > 16 | 17 | 22,1 (27,0) | 17 | 1,03 | 46 | 24,3 (73,0) | 18,3 | 1,26 | 63 | 23,7 (100) | 18,21 | 1,26 |

* t=-4,163 p= 0,000

O quadro que precede este comentário mostra que a preocupação com o peso é numericamente superior em idades iguais e inferiores a 16 anos, para ambos os sexos e que as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas, situando a média da idade em 13 e 17 anos para o sexo masculino e em 14 e 18 anos para o sexo feminino, na classe "igual ou inferior a 16 anos" e "superior a 16 anos" respectivamente.

Controlo/ descontrolo da ingestão de alimentos, avaliado pelos itens 32 e 38 do QGA

Segundo HERSCOVICI (1997) existem 2 factores responsáveis pelo descontrolo alimentar: "O primeiro, demonstrado de forma contundente, é a restrição da ingesta, que traria como consequência um apetite excessivo e preocupação com a comida. O segundo factor parece vincular-se a sentimentos perturbadores que surgem de dificuldades interpessoais."

Embora um só factor não seja suficiente para produzir uma perturbação do comportamento alimentar, existem atitudes e comportamentos alimentares de risco. A restrição alimentar e as excessivas preocupações com o peso são, indiscutivelmente, factores de risco.

Quadro 26 - Recente história do controlo/ descontrolo alimentar

| Quadro 20 - Recente ingestão de alimentos/ descontrolo alimentar | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------------|-------------|-----------|----------|--------------------------|-------------|-----------|----------|--------|------------|-----------|----------|------------|
| VARIÁVEIS | | Masculino 224 (40,8 %) | | | | Feminino 325 (59, 2%) | | | | Totais | | | | |
| | | N | % | \bar{X} | δ | N | % | \bar{X} | δ | N | Subtotal % | \bar{X} | δ | Total |
| Redução da ingestão de alimentos nos últimos 6 meses | Nunca | 172 | 80,0 (50,3) | | | 170 | 54,0 (49,7) | | | 342 | 64,5 (100) | | | |
| | Menos 1/2 vezes | 24 | 11,2 (22,6) | | | 82 | 26,0 (77,4) | | | 106 | 20,0 (100) | | | |
| | Mais 1/2 vezes | 8 | 3,7 (21,6) | 0,34 | 0,78 | 29 | 9,2 (78,4) | 0,77 | 1,01 | 37 | 7,0 (100) | 0,5* | 0,94 | 530 (96,5) |
| | Sempre | 11 | 5,1 (24,4) | | | 34 | 10,8 (75,6) | | | 45 | 8,5 (100) | | | |
| Descontrolo alimentar | Nunca | 152 | 69,4 (51,9) | | | 141 | 43,8 (48,1) | | | 293 | 54,2 (100) | | | |
| | 1 vez/semana | 35 | 16,0 (31,5) | | | 76 | 23,6 (68,5) | | | 111 | 20,5 (100) | | | |
| | 2 vezes/semana | 20 | 9,1 (26,3) | 0,51 | 0,87 | 56 | 14,4 (73,7) | 1,04 | 1,11 | 76 | 14,0 (100) | 0,82* | 1,05 | 541 (98,5) |
| | 3 ou mais vezes/semana | 12 | 5,5 (19,7) | | | 49 | 15,2 (80,3) | | | 61 | 11,3 (100) | | | |

* $p < 0,05$

No que se refere à redução de ingestão de alimentos ao longo dos últimos 6 meses verificamos que:

35,5% (530-342=188) dos inquiridos referem que nestes últimos 6 meses têm reduzido a quantidade de comida ingerida, dos quais 24% (45) assinalam que o fazem sempre que comem;

20% (52) dos rapazes têm procurado reduzir a ingestão de alimentos contra os 46% (155) das raparigas.

Da análise do quadro 26 podemos ainda observar que dos 106 (20%) indivíduos que dizem que o fazem, menos de metade das vezes, 82 (77,4%) são do sexo feminino e 24 (22,6%) são do sexo masculino. Dos 37 que referem ter reduzido a ingestão de alimentos, nestes últimos 6 meses, mais de metade das vezes que comeram, apenas 8 (21,6%) são do sexo masculino, contrastando com os 29 (78,4%) do sexo feminino. Dos 45 sujeitos que afirmam tê-lo feito sempre que ingeriram alimentos, 34 (75,6%) são do sexo feminino e 11 (24,4%) do sexo masculino. Assim, quer analisando esta variável em função das frequências, quer em função do teste t para a igualdade das médias que mostra diferenças significativas entre o número de vezes da redução alimentar e o sexo, podemos verificar que é o sexo feminino que mais procura reduzir na alimentação.

A variável descontrolo (ou excessivo controlo/ restrição alimentar) alimentar, é uma outra variável que, em conjunto com outras dimensões, nos pode dar pistas importantes no que se refere aos comportamentos alimentares, uma vez que a restrição alimentar favorece o aparecimento de empanturramentos e o comer descontrolado provoca sentimentos de mal estar, vergonha e culpa, não apenas pela própria conduta mas também pelo consequente aumento de peso (HERSCOVICI, 1997).

No que se refere ao descontrolo de ingestão de alimentos verificamos que:

45,8% (541-293=248) dos inquiridos referem que, quando comem, não conseguem controlar a quantidade de comida que ingerem, dos quais 55,2% (76+61) assinalam que este descontrolo se lhes acomete duas ou mais vezes por semana;

14,6% (32) dos rapazes e 29,6% (105) das raparigas descontrolam-se duas ou mais vezes por semana na ingestão de alimentos.

A leitura do quadro permite-nos afirmar que 293 (54,2%) dos inquiridos são peremptórios quanto a esta questão: nunca se descontrolam. Dos 111 que afirmam descontrolarem-se uma vez por semana, 35 (31,5%) são do sexo masculino e 76 (68,5%) do sexo feminino. A descontrolarem-se duas vezes por semana temos 76 indivíduos, dos quais 56 (73,7%) são do sexo

feminino e 20 (26,3%) do sexo masculino. Por fim, com um descontrole de três ou mais vezes por semana, temos 49 (80,3%) raparigas e 12 (19,7%) rapazes, perfazendo, neste atributo, um total de 61 inquiridos. O quadro 26 mostra-nos ainda que, também nesta variável, à semelhança do que aconteceu com as anteriores, as diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas.

Relação entre a frequência do controlo/ descontrolo alimentar (item 38 do QGA) e as médias das subescalas TE e BN do EDI2.

Partindo do princípio que a restrição alimentar está relacionada com as preocupações com o peso e que, conforme já referimos, a restrição da ingesta é o passo prévio ao descontrolo alimentar que por sua vez é uma das características da bulimia, cruzámos a variável descontrolo alimentar com a subescala TE, do EDI2, que mede as preocupações com o peso e com a subescala BN, que avalia os traços bulímicos.

Para o efeito recorremos às comparações múltiplas e respectivas significâncias (coeficiente de significância de Scheffe).

Apresentaremos apenas os cruzamentos que apresentarem significância estatística e que não se encontrem no quadro anterior, bem como o quadro que mostra as médias e os desvios padrão, por atributo, de todos os subgrupos.

Quadro 27 - Médias obtidas na subescala que mede as preocupações com o peso (TE) e na subescala que mede os comportamentos bulímicos (BN) por controlo/ descontrolo da ingesta por género

| SUBGRUPOS | TE | | | | BN | | | |
|---|------------------------|-------|-------|-----|-----------------------|------|-----|--|
| | Média = 2,91 δ=4,12 | | | | Média =1,23 δ=2,62 | | | |
| | % | Média | δ | N | Média | δ | N | |
| (1) Rapazes que nunca se descontrolam na ingestão alimentar | 69,4% | 1.274 | 2.032 | 152 | 1.05 | 1.99 | 152 | |
| (2) Rapazes que se descontrolam na ingesta 1 vez \ semana | 16% | 2.455 | 3.355 | 35 | 1.94 | 4.37 | 35 | |
| (3) Rapazes que se descontrolam na ingesta 2 vezes \ semana | 9,1% | 3.150 | 3.468 | 20 | 2.00 | 4.00 | 20 | |
| (4) Rapazes que se descontrolam na ingesta 3 ou + vezes \ semana | 5,5% | 2.917 | 3.175 | 12 | 3.17 | 4.76 | 12 | |
| (5) Raparigas que nunca se descontrolam na ingestão alimentar | 43,8% | 1.792 | 3.087 | 141 | 0.68 | 1.73 | 141 | |
| (6) Raparigas que se descontrolam na ingesta 1 vez \ semana | 23,6% | 4.486 | 5.008 | 76 | 0.95 | 1.92 | 76 | |
| (7) Raparigas que se descontrolam na ingesta 2 vezes \ semana | 14,4% | 5.071 | 5.059 | 56 | 1.41 | 2.76 | 56 | |
| (8) Raparigas que se descontrolam na ingesta 3 ou + vezes \semana | 15,2% | 6.610 | 5.672 | 49 | 2.49 | 3.58 | 49 | |

Quadro 28 - Comparação múltipla da subescala que mede as preocupações com o peso (TE) e da subescala que mede os comportamentos bulímicos (BN) com a variável controlo/ descontrolo da ingesta por género

| SUBGRUPOS | | | | | |
|-----------|---|---|------------------------------------|----------------|-------------------|
| | I | J | Diferença entre médias (I-J) | Erro Padrão | Sig. (Scheffe) |
| TE | 1 | 6 | 3.212 | 0.527 | 0.000 |
| | 1 | 7 | 3.797 | 0.587 | 0.000 |
| | 1 | 8 | 5.336 | 0.617 | 0.000 |
| | 2 | 8 | 4.156 | 0.831 | 0.001 |
| | 5 | 6 | 2.693 | 0.534 | 0.001 |
| | 5 | 7 | 3.279 | 0.596 | 0.000 |
| | 5 | 8 | 4.818 | 0.623 | 0.000 |
| BN | 5 | 8 | 1.81 | 0.427 | 0.013 |

Conforme mostram os quadros 27 e 28, as diferenças significativas entre as médias da TE encontram-se entre os rapazes que nunca se descontrolam na ingesta (subgrupo 1) e todos os subgrupos de raparigas que se descontrolam durante a ingestão de alimentos. Os resultados mostram ainda que as preocupações com o peso aumentam à medida que aumenta o número de vezes que se descontrolam, revelando a contingência entre o número de vezes que se descontrolam e os valores obtidos na subescala que avalia as preocupações com o peso (TE), que as raparigas que se descontrolam durante a ingestão de alimentos têm nesta análise valores de TE superiores à média obtida na análise da amostra total.

Para além de existirem diferenças significativas entre as raparigas que se descontrolam na ingesta e os rapazes que nunca se descontrolam, elas também existem entre estes e as raparigas que se descontrolam três vezes ou mais (subgrupo 8), com valores mais elevados para estas. Quanto às raparigas que nunca se descontrolam na ingesta (subgrupo 5), as preocupações com o peso são menores do que as das restantes, aumentando as diferenças à medida que aumentam as vezes que se descontrolam.

No que diz respeito aos comportamentos e traços bulímicos, apenas existem diferenças significativas entre o subgrupo 5 e o subgrupo 8 que apresenta valores superiores na subescala BN. Contudo, parece-nos importante referir que apesar de não encontrarmos diferenças significativas

entre mais nenhum subgrupo, quando utilizámos o teste de Scheffe, os rapazes que se descontrolam três vezes ou mais por semana, são de todos os subgrupos aqueles que apresentam os valores mais elevados na subescala Bulimia, sendo estes valores superiores à média obtida nesta subescala aquando da análise da amostra geral.

Preocupações com o peso e Episódios de Ingestão Compulsiva.

A sintomatologia em título foi avaliada pela subescala TE do EDI2 e pela recodificação dos itens 38 e 53 do QGA. Esta recodificação foi feita pelo comando *Compute* do procedimento *Transforms* do SPSS 7.5, através do qual agrupámos os indivíduos que simultaneamente se descontrolavam na ingestão alimentar e referiam comer até não poderem mais no grupo dos que apresentavam episódios de ingestão compulsiva e, os restantes no grupo dos que não sofriam desse sintoma. A frequência com que verificou o sintoma e o resultado da análise podem observar-se nos testes gráficos 4 e 5.

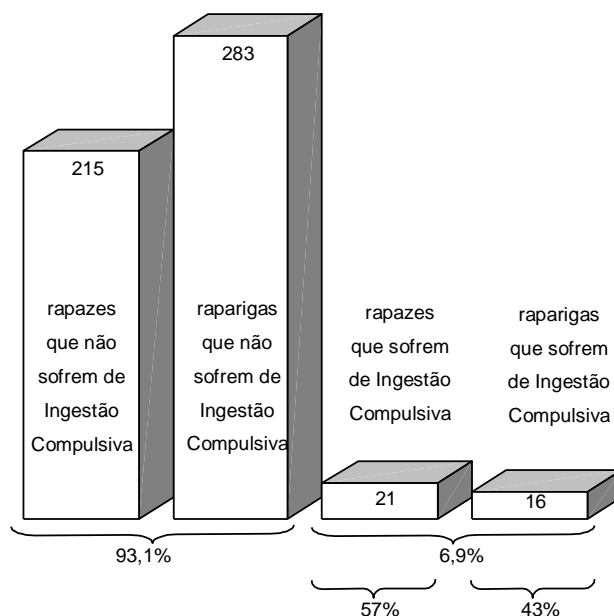


GRÁFICO4: FREQUÊNCIA DOS EPISÓDIOS DE INGESTÃO COMPULSIVA

Conforme mostra o gráfico 4, são os rapazes que apresentam maior frequência de episódios de Ingestão Compulsiva, com 57% contra os 43% das raparigas. A relação entre esta psicopatologia e as preocupações com o peso podem ser observadas no gráfico que se segue.

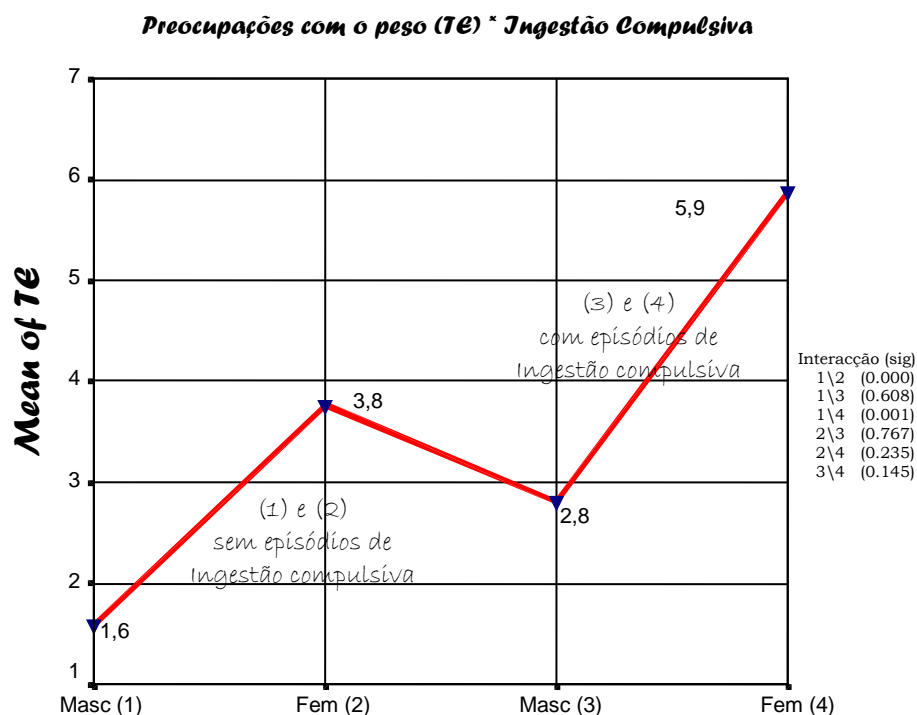


GRÁFICO5: RELAÇÃO ENTRE PREOCUPAÇÕES COM O PESO E INGESTÃO COMPULSIVA

Como podemos verificar, apesar das raparigas que sofrem de ingestão compulsiva estarem mais preocupadas com o peso do que os rapazes que referem os mesmos episódios, não existem diferenças significativas entre estes dois grupos; contudo, o teste gráfico também confirma que mesmo sem episódios de ingestão compulsiva as raparigas da nossa amostra estão significativamente mais preocupadas com o peso.

Alguns autores (FAIRBURN, 1984; HSU, 1990, HERSCOVICI, 1997) asseguram que os transtornos do comportamento alimentar aparecem, na grande maioria das vezes, nos indivíduos cuja preocupação excessiva e insatisfação com o peso, forma e tamanho do corpo, são prolongadas e assinalam este facto como propulsor de condutas de risco. Estes ressaltam que, com esta assunção não pretendem afirmar que a superestima do corpo ou das suas partes seja privativo da Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa

(BN), pois também é observada em indivíduos sãos, já que o temor de engordar se manifesta mesmo em indivíduos que não superestimam o tamanho e forma do seu corpo. Indivíduos sãos podem, pontualmente, ter comportamentos alimentares perturbados ou disfuncionais, sem serem portadores de anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Estes comportamentos podem ter surgido num tempo demarcado para conseguir determinado objectivo, mas nunca se ter transformado em distúrbio, por ter findado o referido comportamento. Não obstante, se fumar é um factor de risco para o cancro, fazer dieta também o é para os transtornos alimentares. Embora tal como nem todos os que fumam vêm a sofrer de cancro, também nem todos os que fazem dietas vêm a sofrer de transtornos do comportamento alimentar.

Preocupações com o peso e Dieta

Sabendo que a realização de dietas (item 41 do QGA) se relaciona com as preocupações com o peso ($r=0,570$ $p=0,000$), fomos analisar como é que as médias da subescala TE do EDI2 se distribuem pelos 4 grupos em análise. O teste gráfico 6 mostra o resultado da Anova e do Post-Hoc (Scheffé).

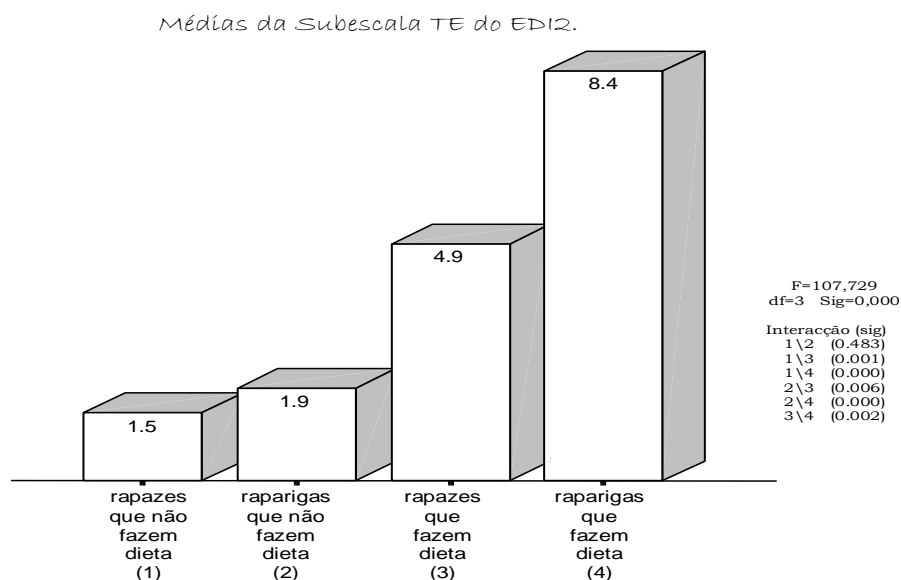


GRÁFICO 6: PREOCUPAÇÕES COM O PESO E DIETA

Conforme podemos verificar, à excepção da interacção entre os rapazes e as raparigas que não fazem dieta, todas as outras interacções são

significativas, com especial relevância para a diferença entre as médias dos rapazes que fazem dieta e as raparigas que também as referem fazer (-3,5).

Além do descrito, existem factores independentes da sintomatologia dos distúrbios alimentares que influenciam determinados comportamentos alimentares, bem como a superestimação do tamanho e formas corporais (género, estado de ânimo, auto-estima, factores socioculturais, etc.). Neste sentido, analisaremos de seguida a relação peso e altura com as preocupações com o peso.

Preocupações com o peso e IMC

Para avaliar as preocupações com o peso temos, conforme temos vindo a referir, a subescala TE do EDI2 cujos valores médios apresentámos no início deste capítulo e que aqui voltamos a apresentar como elemento comparativo. Assim, para facilitar a leitura dos dados, a primeira linha da tabela compara a amostra, no que diz respeito ao IMC global médio, a segunda linha compara, em termos médios, as preocupações com o peso (TE), as restantes comparam os diversos IMC quer com os IMC propostos pelos vários investigadores da clínica dos distúrbios alimentares, bem como os definidos de acordo com a distribuição da nossa amostra. O quadro 29 mostra os resultados obtidos nesta análise.

Quadro 29 - Avaliação das preocupações com o peso por IMC

| | Masculino 224 (40,8 %) | | | | Feminino 325 (59, 2%) | | | | Totais | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------|----------|-------|--------------------------|-------------|----------|-------|--------|------------|-------|------|--------|-------|
| | min = 0 | | max = 24 | | min = 0 | | max = 27 | | Total | | | | t | p |
| | N | % | X | δ | N | % | X | δ | N | % | X | δ | | |
| IMC total | 224 | 40,8 | 20,8959 | 2,797 | 325 | 59,2 | 20,5595 | 2,557 | 549 | 100 | 20,70 | 2,66 | 1,458 | 0,145 |
| TE* total | 224 | 40,8 | 1,71 | 2,57 | 325 | 59,2 | 3,74 | 4,73 | 549 | 100 | 2,91 | 4,12 | -5,865 | 0,000 |
| TE do grupo com IMC ≤ 20 | 86 | 38,4 (35,5) | 1,59 | 2,45 | 156 | 48 (64,5) | 2,74 | 4,18 | 242 | 44,1 (100) | 2,33 | 3,70 | -2,342 | 0,020 |
| TE do grupo com IMC > 20 | 138 | 61,6 (45) | 1,78 | 2,65 | 169 | 52 (55) | 4,66 | 5,03 | 307 | 55,9 (100) | 3,37 | 4,37 | -6,074 | 0,000 |
| TE do grupo com IMC ≤ 17,5 | 20 | 8,9 (42,6) | 1,10 | 2,15 | 27 | 8,3 (57,4) | 2,48 | 2,99 | 47 | 8,6 (100) | 1,89 | 2,73 | -1,755 | 0,086 |
| TE do grupo com IMC entre]17,5-20] | 66 | 29,5 (33,8) | 1,74 | 2,54 | 129 | 39,7 (66,2) | 2,80 | 4,40 | 195 | 35,5 (100) | 2,44 | 3,89 | -1,807 | 0,072 |
| TE do grupo com IMC entre]20-22,5] | 82 | 36,6 (42,7) | 1,78 | 2,72 | 110 | 33,8 (57,3) | 3,94 | 4,38 | 192 | 35 (100) | 3,20 | 3,90 | -3,941 | 0,000 |
| TE do grupo com IMC entre]22,5-25] | 39 | 17,4 (48,8) | 1,46 | 2,28 | 41 | 12,6 (51,3) | 5,20 | 5,43 | 80 | 14,6 (100) | 3,27 | 4,58 | -3,974 | 0,000 |
| TE do grupo com IMC entre]17,5-25] | 187 | 83,5 (40) | 1,70 | 2,56 | 280 | 86,2 (60) | 3,60 | 4,62 | 467 | 85,1 (100) | 2,84 | 4,03 | -5,126 | 0,000 |
| TE do grupo com IMC > 25 | 17 | 7,6 (48,6) | 2,59 | 3,06 | 18 | 5,5 (51,4) | 7,83 | 6,54 | 35 | 6,4 (100) | 5,26 | 5,75 | -3,043 | 0,005 |

*Subescala que mede as preocupações com o peso

Sabendo que *scores* mais elevados na TE traduzem maior preocupação com o peso, então, face aos resultados do quadro 29, podemos afirmar que os indivíduos com maior índice de massa corporal são aqueles que estão mais preocupados com o peso e que, relativamente a essa preocupação, as médias dos valores obtidos na subescala TE diferem significativamente por IMC.

Numa extensão deste estudo, procurámos saber se existiam diferentes e significativas preocupações com o peso em função do IMC dentro de cada grupo; para o efeito, recorremos às comparações múltiplas e respectivas significâncias (Scheffe). Nem todos os resultados destas comparações serão aqui apresentados devido à sua extensão e aridez numérica, mas apenas os cruzamentos que apresentarem significância estatística e que não se encontrem no quadro anterior.

Não obstante, para se compreenderem melhor os dados, o quadro 30 que mostra como oscilam as preocupações com o peso pelo IMC de cada género, apresentará as médias e os desvios padrão de todos os subgrupos e o

quadro 31 mostra entre que subgrupos é que existem diferenças significativas nas preocupações com o peso.

Quadro 30 - Médias obtidas na subescala que mede as preocupações com o peso (TE) e respectivo IMC de cada género

| | Média | δ | N |
|---|-------|----------|-----|
| TE Total | 2.911 | 4.115 | 549 |
| (1) TE dos rapazes com IMC $\leq 17,5$ | 1.100 | 2.150 | 20 |
| (2) TE dos rapazes com IMC entre 17,5 e 20 | 1.738 | 2.536 | 66 |
| (3) TE dos rapazes com IMC entre 20 e 22,5 | 1.779 | 2.721 | 82 |
| (4) TE dos rapazes com IMC entre 22,5 e 25 | 1.459 | 2.279 | 39 |
| (5) TE dos rapazes com IMC entre 17,5 e 25 | 1.698 | 2.559 | 187 |
| (6) TE dos rapazes com IMC > 25 | 2.529 | 3.064 | 17 |
| (7) TE dos rapazes com IMC $= < 20$ | 1.590 | 2.454 | 86 |
| (8) TE dos rapazes com IMC > 20 | 1.781 | 2.649 | 138 |
| (9) TE das raparigas com IMC $\leq 17,5$ | 2.481 | 2.992 | 27 |
| (10) TE das raparigas com IMC entre 17,5 e 20 | 2.797 | 4.397 | 129 |
| (11) TE das raparigas com IMC entre 20 e 22,5 | 3.943 | 4.379 | 110 |
| (12) TE das raparigas com IMC entre 22,5 e 25 | 5.195 | 5.432 | 41 |
| (13) TE das raparigas com IMC entre 17,5 e 25 | 3.598 | 4.616 | 280 |
| (14) TE das raparigas com IMC > 25 | 7.833 | 6.537 | 18 |
| (15) TE das raparigas com IMC $= < 20$ | 2.742 | 4.181 | 156 |
| (16) TE das raparigas com IMC > 20 | 4.661 | 5.028 | 169 |

Quadro 31 - Comparação múltipla entre os IMC de cada género e as preocupações com o peso (TE)

| I | J | Diferença entre médias (I-J) | Erro Padrão | Sig. (Scheffe) |
|----|----|------------------------------|-------------|----------------|
| 1 | 14 | 6.733 | 1.275 | 0.000 |
| 2 | 12 | 3.457 | 0.774 | 0.020 |
| 2 | 14 | 6.095 | 1.034 | 0.000 |
| 3 | 12 | 3.416 | 0.744 | 0.014 |
| 3 | 14 | 6.054 | 1.013 | 0.000 |
| 5 | 14 | 6.135 | 0.968 | 0.000 |
| 9 | 14 | 5.352 | 1.194 | 0.001 |
| 10 | 14 | 5.036 | 0.979 | 0.002 |
| 13 | 14 | 4.235 | 0.954 | 0.002 |
| 15 | 14 | 2.880 | 0.451 | 0.000 |
| 15 | 16 | 1.919 | 0.437 | 0.000 |

As comparações múltiplas mostraram-nos que entre os indivíduos do sexo masculino as preocupações com o peso não diferem significativamente por IMC, porém no sexo feminino a situação inverte-se. Com efeito, as preocupações com o peso, entre raparigas, são significativamente mais acentuadas quando o seu IMC é superior. Assim, as raparigas que apresentam diferenças estatisticamente significativas nas preocupações com o peso em função do IMC superior a 25 (subgrupo 14) são as que têm índices inferiores ou iguais a 17,5 (subgrupo 9) e índices entre 17,5 e 20 (subgrupo 10), pelo que o resultado estatisticamente significativo que mostra existir diferenças entre o subgrupo 14 e as raparigas com IMC inferior ou igual a 20 (subgrupo

15) é óbvio. Os valores da TE são comparativamente mais elevados no subgrupo 14 do que nos restantes. A situação repete-se nos subgrupos com índices que vão dos 20 aos superiores a 25, onde apenas no IMC entre 22,5 e 25, apesar das preocupações serem elevadas não diferem estatisticamente entre as raparigas.

Quando observamos as preocupações dos rapazes em comparação com as das raparigas, verificamos que à excepção do IMC entre 22,5 e 25 (subgrupo 4), os rapazes diferem em todos os IMC com as raparigas com IMC superior a 25 (subgrupo 14), apresentando sempre menor desejo de emagrecer, isto é valores de TE mais baixos. As raparigas com índices entre 22,5 e 25, também diferem dos rapazes com IMC entre 17,5 e 20 (subgrupo 2) bem como daqueles que apresentam IMC entre 20 e 22,5 (subgrupo 3) como com relevância estatística e valores de TE superiores.

Assim, tendo como Factor os IMC por sexos e como Variável Dependente as preocupações com o peso (TE), os resultados confirmaram que, por um lado, independentemente dos sexos, quanto maior for o IMC maiores são as preocupações com o peso; por outro, uma vez mais fica confirmado que rapazes e raparigas diferem nas preocupações com o peso, sendo o desejo de emagrecer, superior nas raparigas.

4. Caracterização dos comportamentos alimentares

Se a obesidade fica numa extremidade do espectro do peso, a fome e os distúrbios da AN e da BN ficam na outra, onde para além do peso existem padrões de comportamento característicos, que sugerem que uma pessoa sofre de perturbações do comportamento alimentar.

“Existem vários tipos de distúrbios alimentares que se resumem a tudo aquilo que estabelece o equilíbrio e o desequilíbrio emocional ou metabólico. A anorexia nervosa e a bulimia partilham de um grupo de sintomas que não podem ser observados fisicamente. São sintomas básicos, atitudes, crenças ou temores.” (MALAFAYA, 1994).

Assim, com base nos itens que julgamos apropriados, tentaremos de seguida caracterizar as atitudes e os comportamentos alimentares.

Para facilitar a leitura dos dados, começaremos por descrever e comparar a amostra, no que diz respeito aos comportamentos alimentares, em função do sexo, cujas diferenças foram estudadas através do teste de ajustamento do χ^2 simples (pronunciado por quiquadrado) para amostras independentes²⁵, à excepção da frequência semanal com que cada indivíduo se descontrola, cujas diferenças foram obtidas através do teste de ajustamento do χ^2 complexo para amostras independentes²⁶. O quadro 32 quantifica, sumaria e compara, por género, estes aspectos.

Quadro 32 - Comportamentos alimentares

| | | Masculino 224 (40,8 %) | | Feminino 325 (59, 2%) | | Totais Subtotal | | Total | χ^2 (p) |
|---|-----|---------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------|------------|--------|-----------------|
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| Induz o vômito como forma de controlar o peso | Sim | 5 | 2,3 (41,7) | 7 | 2,2 (58,3) | 12 | 2,2 (100) | 540 | 0,009 |
| | Não | 213 | 97,7 (40,3) | 315 | 97,8 (59,7) | 528 | 97,8 (100) | (98,4) | ns |
| Utiliza laxantes, diuréticos, exercício físico em excesso para controlo do peso | Sim | 41 | 18,7 (41,8) | 57 | 17,7 (58,2) | 98 | 18,1 (100) | 541 | 0,091 |
| | Não | 178 | 81,3 (40,2) | 265 | 82,3 (59,8) | 443 | 81,9 (100) | (98,5) | ns |
| Come até não poder mais | Sim | 50 | 22,7 (56,2) | 39 | 12,1 (43,8) | 89 | 16,4 (100) | 543 | 10,837 |
| | Não | 170 | 77,3 (37,4) | 284 | 87,9 (62,6) | 454 | 83,6 (100) | (98,9) | (0,001) |
| Classifica os alimentos em bons e maus | Sim | 139 | 62,9 (38,5) | 222 | 68,7 (61,5) | 361 | 66,4 (100) | 544 | 2,001 |
| | Não | 82 | 37,1 (44,8) | 101 | 31,3 (55,2) | 183 | 33,6 (100) | (99,1) | ns |
| Oculta a quantidade de comida queingere | Sim | 19 | 8,6 (23,2) | 63 | 19,6 (76,8) | 82 | 15,1 (100) | 542 | 12,158 |
| | Não | 201 | 91,4 (43,7) | 259 | 80,4 (56,3) | 460 | 84,9 (100) | (98,7) | (0,000) |
| Considera que uma pessoa só pode ser feliz se for magra | Sim | 12 | 5,4 (31,6) | 26 | 8,0 (68,4) | 38 | 7,0 (100) | 544 | 1,386 |
| | Não | 209 | 94,6 (41,3) | 297 | 92,0 (58,7) | 506 | 93,0 (100) | (99,1) | ns |
| Fica ansiosa se está com alguém mais magro | Sim | 14 | 6,3 (26,4) | 39 | 12,1 (73,6) | 53 | 9,7 (100) | 544 | 4,916 |
| | Não | 207 | 93,7 (42,2) | 284 | 87,9 (57,8) | 491 | 90,3 (100) | (99,1) | (0,027) |
| Quando compra roupa gosta de a experimentar na loja | Sim | 182 | 82,4 (39,1) | 283 | 87,9 (60,9) | 465 | 85,6 (100) | 543 | 3,264 |
| | Não | 39 | 17,6 (50,0) | 39 | 12,1 (50,0) | 78 | 14,4 (100) | (98,9) | ns |
| Faz dietas com frequência | Sim | 16 | 7,2 (15,2) | 89 | 27,6 (84,8) | 105 | 19,3 (100) | 544 | 34,765 |
| | Não | 205 | 98,8 (46,7) | 234 | 72,4 (53,3) | 439 | 80,7 (100) | (99,1) | (0,000) |

Os dois primeiros comportamentos alimentares do quadro 32 são de grande relevância, pela gravidade que podem enunciar. É a utilização de laxantes, diuréticos e exercício físico com o objectivo de controlar o peso, com 98 indivíduos (18,1%) a utilizar estes métodos e a indução do vômito, com 12 indivíduos (2,2%) a provocá-lo como forma de controlar o peso. Apesar das diferenças não se mostrarem significativas entre os sexos, é o género feminino que obtém as frequências mais elevadas, nestes comportamentos compensatórios.

²⁵ Uma vez que o χ^2 compara as frequências observadas em cada célula de uma tabela de contingência com as frequências esperadas e verifica de existem diferenças entre os padrões de cada variável, isto é, como o χ^2 é uma estatística que reflecte o tamanho das diferenças entre as frequências esperadas e observadas (quanto maior for essa diferença mais provável será que o resultado seja significativo), utilizaremos o χ^2 simples sempre que pretendermos uma comparação entre variáveis nominais, que envolva tabelas de 2x2, cujas a frequências esperadas em cada célula, sejam superiores a 5. No caso em que formos confrontados com um grande número de células cuja frequência esperada seja inferior a 5 utilizaremos o teste das probabilidades exactas de Fisher.

²⁶ O χ^2 complexo é uma extensão do χ^2 simples e refere-se a quaisquer conjuntos de amostras e categorias que excedam as quatro células (duas categorias).

A falta de controlo/empanturramentos é, aqui, enunciada pela variável "come até não poder mais" com 89 indivíduos a referirem-no (16,4%), dos quais 50 (56,2%) são do sexo masculino e 39 (43,8%) do sexo feminino. Aqui, não é indiferente a pertença a um género e a frequência de respostas, uma vez que o sexo feminino se distingue do sexo masculino significativamente, com nítida superioridade, na confirmação deste comportamento, para o sexo masculino. Esta superioridade por parte do sexo masculino, pode ser justificada pelas menores preocupações deste com o peso corporal, o que se verificou numa análise à *posteriori* em que cruzámos a variável "como até não poder mais" por sexo com a subescala que avalia as preocupações com o peso (quadro 33).

Quanto aos resultados da comparação entre os sexos masculino e feminino, relativamente à classificação dos alimentos em "bons" ou "maus", observámos uma maior ocorrência deste comportamento alimentar no sexo feminino, com 222 casos (61,5%) contra os 139 (38,5%) do sexo masculino, embora estatisticamente não diferencie os géneros significativamente.

Quanto às questões "oculta a quantidade de comida que ingere" e "fica ansiosa(o) se está com alguém mais magro", podemos verificar que o sexo feminino apresenta a maior frequência de respostas afirmativas a ambas as questões, com diferenças significativas entre os sexos. Na questão "considera que uma pessoa só pode ser feliz se for magra", os grupos não diferem o que indica que os sexos se comportam de forma idêntica nesta questão, isto é, que considera que uma pessoa pode muito bem ser feliz mesmo que não seja magra.

A variável "gosta de experimentar na loja as roupas que compra" apesar de não diferenciar os sexos - quando observada pela afirmação positiva - pode, heurísticamente, significar que aqueles que gostam de experimentar na loja a roupa que compram, não temem o juízo dos outros, nem uma hipotética desaprovação. Esta mesma variável, quando vista pela negação, poderá exprimir uma vivência perturbada do seu tamanho e forma do corpo, uma incapacidade de resistência à frustração de ainda não "entrar" no número desejado, ou mesmo para não mostrar que o tamanho que querem comprar não é aquele que lhes serve (ainda).

À semelhança das anteriores questões, também quando se questionam sobre “se fazem dieta com frequência”, o maior número de respostas afirmativas continua a ser do sexo feminino, 89 raparigas (84,8%) das 105 respostas afirmativas, diferenciando-se significativamente da frequência de respostas obtidas no sexo masculino (16 rapazes o que corresponde a 15,2% dos sins).

Comportamentos alimentares e Preocupações com o peso

Os empanturramentos caracterizam-se pela forma copiosa e rápida com que determinados indivíduos ingerem a comida, até chegarem a sentir-se incomodamente cheios. Um estudo recente revela que este comportamento é muito comum entre os indivíduos com excessivas preocupações com o peso e no sexo masculino (SPITZER, 1992). Partindo deste princípio, comparámos a variável “como até não poder mais” com os scores médios da subescala que mede as preocupações com o peso. Os resultados foram os seguintes:

Quadro 33 - Comparação da falta de controle da ingesta alimentar/empanturramentos por sexos e preocupações com o peso (TE)

| | | | | Média da TE ($\bar{x}=2,91$) | δ (4,12) | N | ANOVA (intragrupos) |
|-----------|-------------------------|-----|-----------|-----------------------------------|--------------------|-----|---------------------------|
| Masculino | Come até não poder mais | Sim | (grupo 1) | 1,918 | 2,537 | 50 | F= 11,288 Sig. = 0,000 |
| | | Não | (grupo 2) | 1,639 | 2,595 | 170 | |
| Feminino | Come até não poder mais | Sim | (grupo 3) | 3,487 | 5,638 | 39 | Sig. = 0,000 |
| | | Não | (grupo 4) | 3,770 | 4,619 | 284 | |

O quadro anterior mostra que, no caso das mulheres, as que têm maiores preocupações com o peso são aquelas que referem menos falta de controlo e no caso dos homens acontece o inverso, sendo estes aqueles que têm maior número de empanturramentos mas menores preocupações com o peso. As diferenças do resultado da análise intragrupal foram estatisticamente significativas e no sentido de saber onde é que essas diferenças se situavam, procedemos às comparações múltiplas *Post-Hoc*, utilizando o coeficiente de Scheffé, onde verificámos que elas existiam entre os valores médios do TE do grupo 2 e as médias do TE do grupo 4 ($p=0,000$) e entre a média do TE do

grupo 1 e as médias do TE do grupo 4 com médias sempre superiores para o sexo feminino.

É ainda de referir que entre indivíduos do mesmo sexo, quer comam ou não para além da satisfação da fome, as preocupações com o peso não diferem significativamente.

Partindo do princípio de que determinados comportamentos alimentares são potenciadores de determinadas atitudes, caracterizaremos, de seguida, as atitudes inerentes aos comportamentos alimentares.

Com efeito, o corpo quando acusado de ser "o responsável por todos os males", de ser o "instigador de um irreprimível salve-se quem puder" ou ainda "o inimigo a abater", acaba por cristalizar em si a globalidade de angústias, debilidades e contradições do jovem. Estes, por sua vez, sentem-se afogados num "mar" de sentimentos e de representações que lhes destrói a sua identidade e auto-estima. Vítimas de dolorosas vivências psíquicas, os adolescentes e jovens acabam por se sentirem "mal na sua própria pele". Estes estados desembocam em atitudes negativas, como são exemplo as dificuldades de relacionamento, motivadas pelo temor do juízo e da reprovação dos outros; a intolerância à frustração, as tendências auto-destrutivas e as agressividades várias, não raramente motivadas pelos sentimentos de culpa que por sua vez alteram a auto-estima e os estados de humor; sentimentos de insegurança, em que segurança e insegurança se alternam provocando súbitas alterações de humor (SCEPOJ; 1998).

O quadro que se segue caracteriza as alterações de atitudes em função de determinados comportamentos alimentares.

Quadro 34- Atitudes em função de determinados comportamentos alimentares

| | | MASCULINO 224 (40,8 %) | | FEMININO 325 (59,2 %) | | TOTAIS Subtotal | | Total | X ² (p) |
|--|-----------|---------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------|------------|------------|-----------------------|
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| Tem muitos amigos | Sim | 200 | 93,9 (40,9) | 289 | 89,5 (59,1) | 489 | 90,9 (100) | 538 (98%) | 1,965 ns |
| | Não | 15 | 9,0 (30,6) | 34 | 10,5 (69,4) | 49 | 9,1 (100) | | |
| Sente-se diferente | Sim | 48 | 22,3 (41,7) | 67 | 20,7 (58,3) | 115 | 21,4 (100) | 538 (98%) | 0,192 ns |
| | Não | 167 | 77,7 (39,5) | 256 | 79,3 (60,5) | 423 | 78,6 (100) | | |
| Sente-se desinteressante | Sim | 20 | 9,4 (30,8) | 45 | 14,3 (69,2) | 65 | 12,3 (100) | 528 (96,2) | 2,822 ns |
| | Não | 193 | 90,6 (41,7) | 270 | 85,7 (58,3) | 463 | 87,7 (100) | | |
| Sente-se perfeccionista | Sim | 103 | 48,6 (34,1) | 199 | 62,2 (65,9) | 302 | 56,8 (100) | 532 (96,9) | 9,614 (0,002) |
| | Não | 109 | 51,4 (47,4) | 121 | 37,8 (52,6) | 230 | 43,2 (100) | | |
| Aumentar de peso assusta | Sim | 41 | 18,6 (17,4) | 194 | 60,1 (82,6) | 235 | 43,2 (100) | 544 (99,1) | 92,145 (0,000) |
| | Não | 180 | 81,4 (58,3) | 129 | 60,1 (82,6) | 309 | 56,8 (100) | | |
| Perder peso é preocupante | Sim | 41 | 18,6 (23,8) | 131 | 40,6 (76,2) | 172 | 31,6 (100) | 544 (99,1) | 29,388 (0,000) |
| | Não | 180 | 81,4 (48,4) | 192 | 59,4 (51,6) | 372 | 68,4 (100) | | |
| Humor varia com o peso | Sim | 11 | 5,0 (16,2) | 57 | 17,6 (83,8) | 68 | 12,5 (100) | 543 (98,9) | 19,107 (0,000) |
| | Não | 209 | 95,0 (44,0) | 266 | 82,4 (56,0) | 475 | 87,5 (100) | | |
| Se aumenta de peso sente-se mal consigo própria | Sim | 46 | 20,9 (21,6) | 167 | 51,7 (78,4) | 213 | 39,2 (100) | 543 (98,9) | 52,054 (0,000) |
| | Não | 174 | 79,1 (52,7) | 156 | 48,3 (47,3) | 330 | 60,8 (100) | | |
| Quando aumenta de peso pensa que não vai parar de aumentar | Sim | 42 | 19,1 (25,0) | 126 | 39,0 (75,0) | 168 | 30,9 (100) | 543 (98,9) | 24,299 (0,000) |
| | Não | 178 | 80,9 (47,5) | 197 | 61,0 (52,5) | 375 | 69,1 (100) | | |
| Passa muito tempo a pensar em comida e em quando irá comer | Sim | 55 | 24,9 (41,0) | 79 | 24,5 (59,0) | 134 | 24,7 (100) | 543 (98,9) | 0,009 ns |
| | Não | 166 | 75,1 (40,6) | 243 | 75,5 (59,4) | 409 | 75,3 (100) | | |
| Acha-se gorda quando se olha ao espelho | Sim | 31 | 14,0 (18,6) | 136 | 42,2 (81,4) | 167 | 30,8 (100) | 543 (98,9) | 48,968 (0,000) |
| | Não | 190 | 86,0 (50,5) | 186 | 57,8 (49,5) | 378 | 69,2 (100) | | |
| Está descontente com a forma e tamanho do corpo | Sim | 36 | 16,3 (22,4) | 125 | 38,8 (77,6) | 161 | 29,7 (100) | 543 (98,9) | 31,893 (0,000) |
| | Não | 185 | 83,7 (48,4) | 197 | 61,2 (51,6) | 382 | 70,3 (100) | | |
| A comida dá-lhe conforto | Sim | 168 | 76,0 (41,4) | 238 | 73,7 (58,6) | 406 | 74,6 (100) | 544 (99,1) | 0,378 ns |
| | Não | 53 | 24,0 (38,4) | 85 | 26,3 (61,6) | 138 | 25,4 (100) | | |
| Sente que se descontrola quando come (frequência semanal) | Nunca | 152 | 69,4 (51,9) | 141 | 43,8 (48,1) | 293 | 54,2 (100) | 541 (98,5) | 36,775 (0,000) |
| | 1 vez | 35 | 16,0 (31,5) | 76 | 23,6 (68,5) | 111 | 20,5 (100) | | |
| | 2 vezes | 20 | 9,1 (26,3) | 56 | 17,4 (73,7) | 76 | 14,0 (100) | | |
| | 3 ou mais | 12 | 5,5 (19,7) | 49 | 15,2 (80,3) | 61 | 11,3 (100) | | |
| Sentimentos de culpa causados pela ingestão de alimentos classificados como maus | Sim | 46 | 29,5 (31,1) | 102 | 42,5 (68,9) | 148 | 37,4 (100) | 396 (72,1) | 6,840 (0,009) |
| | Não | 110 | 70,5 (44,4) | 138 | 57,5 (55,6) | 248 | 62,6 (100) | | |

O quadro precedente mostra a frequência com que foram assinaladas as atitudes, que podem ser sinais visíveis ou percursos de transtornos alimentares.

Assim, na variável “tem muitos amigos”, cuja negação pode ser interpretada como uma retracção social (isolamento), podemos observar que, dos 538 inquiridos que responderam a esta questão, 49 (9,1%) afirmam não terem muitos amigos, dos quais 15 (30,6%) são do sexo masculino e 34 (69,4%) do sexo feminino.

Na questão “sente-se diferente dos seus colegas”, o sexo feminino assinala 67 casos (58,3%) das 115 (21,4%) respostas afirmativas, contra 48 (41,7%) das do sexo masculino. O item "considera-se uma pessoa desinteressante", obteve 45 respostas afirmativas (69,2%) no sexo feminino e 20 (30,8%) no sexo masculino. Apesar da preponderância do sexo feminino o teste do x² efectuado a estas três questões não revelou significância estatística nas frequências de respostas por sexo.

Os resultados obtidos na análise à questão "sente-se perfeccionista" revelam que é o sexo feminino aquele que mais assume os sentimentos

perfeccionistas com 199 (65,9%) das 302 respostas afirmativas. Também, quando se pergunta “se aumentar de peso assusta”, a tendência das respostas afirmativas continua a inclinar-se para o feminino, com 194 (82,6%) dos 235 sins. Em ambas as análises as diferenças entre o sexos se mostraram estatisticamente significativas.

Relativamente aos estados de humor, em função do peso, a comparação entre os sexos revelou que esta é uma característica com mais alterações nas raparigas, que assinalam 57 (83,8%) das 68 respostas afirmativas, do que nos rapazes, parecendo que este humor varia para o mal estar, uma vez que quando questionadas sobre “se aumenta de peso, se sente mal consigo própria” das 213 respostas afirmativas, 167 (78,4%) eram, igualmente, do sexo feminino diferindo estatisticamente do sexo masculino. A situação repete-se na questão “quando aumenta de peso, pensa que não vai parar de aumentar”, uma vez que das 168 respostas afirmativas, 126 (75%) foram assinaladas pelas raparigas.

A variável "passa muito tempo a pensar em comida e em quando irá comer" não distingue, com significância, o género feminino do masculino, apesar da ligeira preponderância do primeiro (59% contra 41%, respectivamente 79 e 55 respostas afirmativas).

Nas questões que envolvem a imagem corporal, podemos verificar que dos 157 indivíduos que se acham gordos quando se olham ao espelho, 136 (81,4%) são do sexo feminino e apenas 31 (18,6%) do sexo masculino ($p < 0,05$) e quando questionados sobre a insatisfação com a forma e o tamanho do corpo, dos 161 insatisfeitos, 125 (77,6%) são raparigas e 36 (22,4%) rapazes ($p < 0,05$).

Relativamente à questão "a comida dá-lhe conforto", podemos verificar que dos 406 inquiridos que respondem sim, 238 (58,6%) são do sexo feminino e 168 (41,4%) do sexo masculino, não distinguindo significativamente, em termos de frequência de respostas, os sexos. O mesmo não acontece com os sentimentos de descontrolo e sentimentos de culpa, provocados pela ingestão de alimentos, onde os sexos diferem em função da frequências de respostas, com maior ocorrência no sexo feminino. Assim, podemos verificar que apesar da maioria (293 - 54,2%) dos inquiridos referir que nunca se descontrolam, em especial os rapazes, com 51,9 % (152) dos controlos, ainda resta uma

considerável proporção de descontroles (45,8), distribuídos maioritariamente pelas raparigas. Quanto aos sentimentos de culpa causados pela ingestão de alimentos classificados como maus, “ataca” especialmente as raparigas com 102 (68,9%) das 148 respostas afirmativas.

Numa extensão deste estudo e porque a leitura destes dados nos puseram as questões que se seguem, tentaremos analisá-las de modo a obter respostas para elas. Assim: qual a relação entre dietas e classificação dos alimentos? Qual a relação entre os episódios de ingestão compulsiva e as dietas, a insatisfação corporal, as preocupações com o peso? Qual a relação entre os sentimentos de culpa (avaliados aqui pela variável "se aumenta de peso sente-se mal consigo própria"), e a ocultação da ingestão de alimentos? Que relação existe entre a ocultação da ingestão de alimentos e o conforto que a comida proporciona? Qual a relação entre período menstrual e IMC?

Relação entre dietas e classificação dos alimentos

No sentido de saber se a maioria dos que distinguem os alimentos em "bons" e "maus", o fazem em função das calorias que contém, com o objectivo de evitar consumir alimentos "engordantes", fizemos a contingência entre a questão "faz dietas com frequência", sexo e a variável aqui em discussão.

Assim, dos 361 indivíduos que classificam os alimentos em "bons" e "maus", 79 fazem dietas com frequência, pelo que é provável que a classificação dos alimentos que estes fazem tenham por base os níveis calóricos dos alimentos e não outra questão.

Para reforçar esta visão, criámos um *cluster* de indivíduos que afirmam fazer dieta com frequência e simultaneamente classificassem os alimentos em "bons" ou "maus" e cruzámos com o género e com o item "como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa(o)". Os resultados permitiram-nos duas leituras: dos 3 indivíduos que, em simultâneo, nunca comem hidratos de carbono sem se sentirem nervosos, que classificam os alimentos e estão a fazer dieta, 1 é do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

A afirmarem que raramente comem hidratos de carbono sem sentirem nervosos estão 13 indivíduos, todos do sexo feminino e a sentirem-se às vezes

nervosos quando comem hidratos de carbono estão 21 indivíduos, dos quais 19 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A segunda leitura é a confirmação de que o sexo feminino é o mais afectado pelas questões que envolvem os comportamentos alimentares de risco, com um nível de significância medido pelo χ^2 inferior a 0,05.

Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e dietas

O quadro que se segue é o resultado da junção dos itens 4, 38, 41 e 53 do QGA e mostra a frequência com que estes comportamentos se verificam.

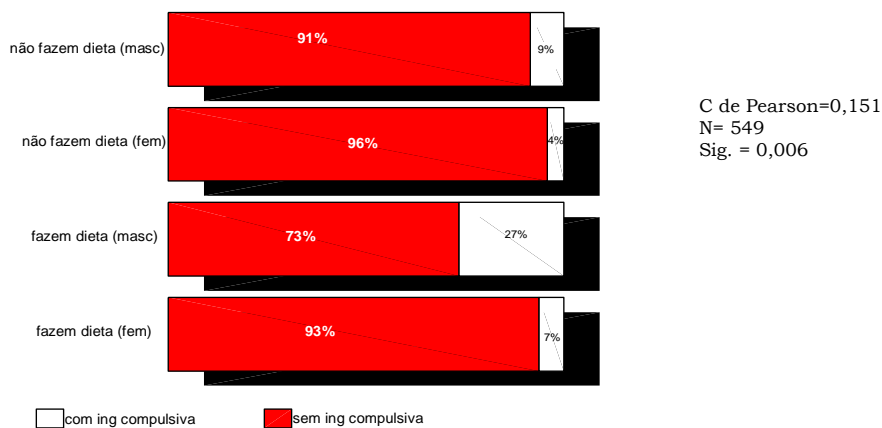
Quadro 35- Associação entre dieta e ingestão compulsiva

| | n | % | % válida |
|---|-----|-------|----------|
| Rapazes que não fazem dieta nem sofrem de ingestão compulsiva | 181 | 33,0 | 33,8 |
| Rapazes que não fazem dieta mas sofrem de ingestão compulsiva | 17 | 3,1 | 3,2 |
| Raparigas que não fazem dieta nem sofrem de ingestão compulsiva | 223 | 40,6 | 41,7 |
| Raparigas que não fazem dieta mas sofrem de ingestão compulsiva | 10 | 1,8 | 1,9 |
| Rapazes que fazem dieta sem sofrerem de ingestão compulsiva | 11 | 2,0 | 2,1 |
| Rapazes que fazem dieta e sofrem de ingestão compulsiva | 4 | ,7 | ,7 |
| Raparigas que fazem dieta sem sofrerem de ingestão compulsiva | 83 | 15,1 | 15,5 |
| Raparigas que fazem dieta e sofrem de ingestão compulsiva | 6 | 1,1 | 1,1 |
| Total | 535 | 97,4 | 100,0 |
| Não respostas | 14 | 2,6 | |
| total | 549 | 100,0 | |

Como podemos observar pelo quadro anterior, 75,5% dos respondentes não fazem dieta nem sofrem de episódios de ingestão compulsiva; 1,8% referem agrupar os dois sintomas e os restantes 22,7% referem ter apenas um dos sintomas (5,1% sofrem de ingestão compulsiva mas não fazem dieta e 17,6% fazem dieta mas não sofrem de ingestão compulsiva). Relativamente à distribuição por sexos são as raparigas o género que apresenta maior frequência de sintomas.

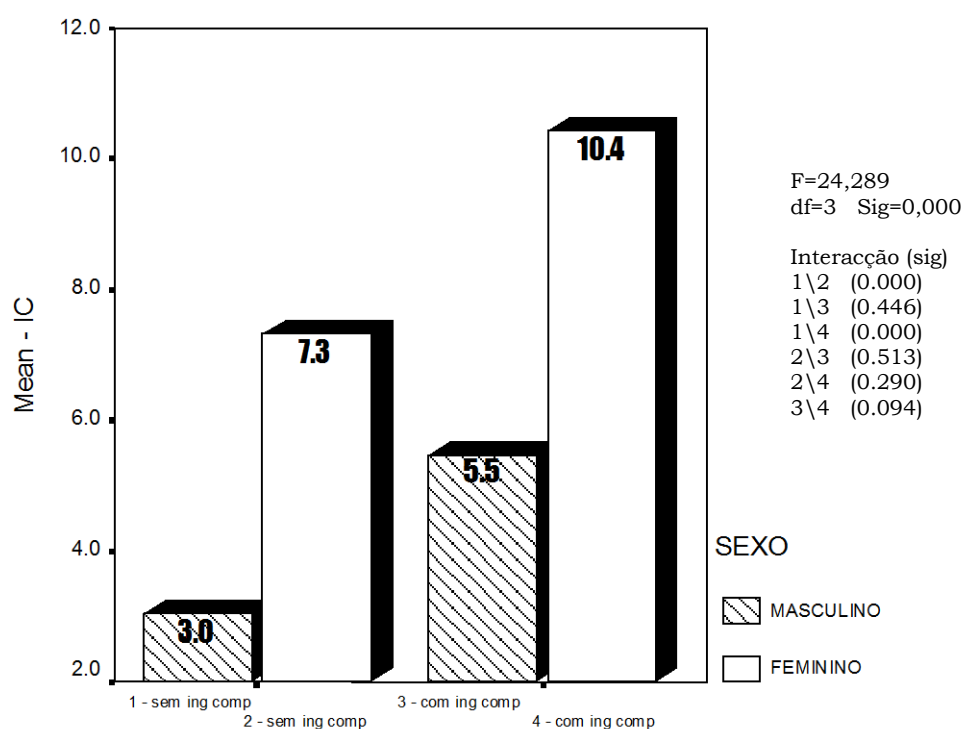
Para conhecer o grau de associação entre os episódios de ingestão compulsiva (itens 38 e 53, do QGA, recodificados) e a realização de dietas por sexo (item 41 e item 4 do QGA) recorreremos ao coeficiente de contingência de Pearson (C de Pearson)²⁷, entre ambos. O gráfico 3 mostra os resultados desta análise

²⁷ Coeficiente indicado para comparar variáveis nominais



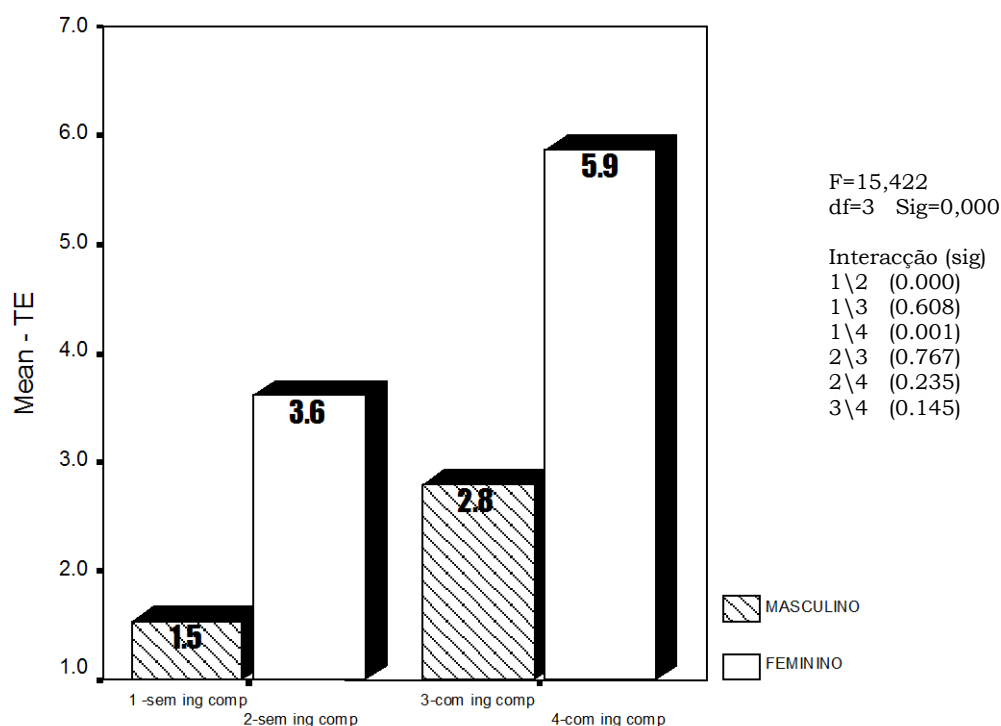
Apesar da significância estatística ser probabilística, podemos verificar que as variáveis em estudo, quando analisadas em separado, não têm associação. Contudo, é possível afirmar que na nossa amostra são os rapazes que, quando fazem dieta, registam a maior percentagem de episódios de ingestão compulsiva.

Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e Insatisfação Corporal



Como podemos observar, a insatisfação corporal medida pela subescala do IC do EDI2 é superior nos indivíduos que têm episódios de ingestão compulsiva, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, com as raparigas a revelarem maior insatisfação, quer tendo ou não ingestão compulsiva.

Relação entre os episódios de ingestão compulsiva e preocupações com o peso



Tal como a insatisfação corporal, também as preocupações com o peso medidas pela subescala TE do EDI2, associadas aos episódios de ingestão compulsiva, aumentam nos indivíduos que referem ter este tipo de comportamento, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, com as raparigas a revelarem maiores preocupações com o peso, quer referindo ter, ou não ter, episódios ingestão compulsiva.

A situação acentua-se mais quando agrupamos episódios de ingestão compulsiva com dietas e as comparamos com a insatisfação corporal e as preocupações com o peso. O quadro que se segue mostra se existem diferenças entre os grupos.

| | | df | F | Sig. |
|-------------------------------------|----------------|-----|--------|------|
| Insatisfação corporal (IC) | Between Groups | 3 | 24,289 | ,000 |
| | Within Groups | 531 | | |
| | Total | 534 | | |
| Preocupações com o peso (TE) | Between Groups | 3 | 15,422 | ,000 |
| | Within Groups | 531 | | |
| | Total | 534 | | |

Com efeito, o quadro mostra que as diferenças são bastante significativas, porém não nos diz entre que grupos é que elas se verificam. Neste sentido, procedemos ao cálculo das comparações múltiplas, recorrendo ao coeficiente de significância de Scheffe, pela segurança que nos proporciona. Os resultados encontram-se nas tabelas que se seguem.

Comparações múltiplas entre ingestão compulsiva e médias da IC: Scheffe

| Variável dependente: Insatisfação Corporal (IC) | | (I-J) | Std. Error | Sig. |
|---|---|--------|------------|------|
| (I) ingestão compulsiva | (J) ingestão compulsiva | | | |
| rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | -4,225 | ,534 | ,000 |
| | rapazes com ingestão compulsiva | -2,203 | 1,348 | ,446 |
| | raparigas com ingestão compulsiva | -7,164 | 1,528 | ,000 |
| raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 4,225 | ,534 | ,000 |
| | rapazes com ingestão compulsiva | 2,022 | 1,334 | ,513 |
| | raparigas com ingestão compulsiva | -2,939 | 1,516 | ,290 |
| rapazes com Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 2,203 | 1,348 | ,446 |
| | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | -2,022 | 1,334 | ,513 |
| | raparigas com ingestão compulsiva | -4,961 | 1,957 | ,094 |
| raparigas com Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 7,164 | 1,528 | ,000 |
| | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | 2,939 | 1,516 | ,290 |
| | rapazes com ingestão compulsiva | 4,961 | 1,957 | ,094 |

O quadro anterior mostra que os rapazes que não sofrem de ingestão compulsiva estão significativamente menos insatisfeitos com o corpo do que as raparigas na mesma situação e do que as raparigas que apresentam aquele sintoma, sendo que estas últimas também apresentam valores superiores de

insatisfação corporal aos das raparigas que não apresentam sintomas de ingestão compulsiva.

Comparações múltiplas entre ingestão compulsiva e médias da TE: Scheffe

| Variável dependente: Preocupações com o peso/ desejo de emagrecer (TE) | | (I-J) | Std. Error | Sig. |
|--|---|--------|---------------|------|
| (I) ingestão compulsiva | (J) Ingestão compulsiva | | | |
| rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | -2,190 | ,360 | ,000 |
| | rapazes com Ingestão compulsiva | -1,230 | ,909 | ,608 |
| | raparigas com Ingestão compulsiva | -4,300 | 1,030 | ,001 |
| raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 2,190 | ,360 | ,000 |
| | rapazes com Ingestão compulsiva | ,960 | ,899 | ,767 |
| | raparigas com Ingestão compulsiva | -2,110 | 1,021 | ,235 |
| rapazes com Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 1,230 | ,909 | ,608 |
| | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | -,960 | ,899 | ,767 |
| | raparigas com Ingestão compulsiva | -3,070 | 1,319 | ,145 |
| raparigas com Ingestão compulsiva | rapazes que não sofrem de Ingestão compulsiva | 4,300 | 1,030 | ,001 |
| | raparigas que não sofrem de Ingestão compulsiva | 2,110 | 1,021 | ,235 |
| | rapazes com Ingestão compulsiva | 3,070 | 1,319 | ,145 |

O quadro que precede este comentário mostra que os rapazes que não sofrem de ingestão compulsiva estão significativamente menos preocupados com o peso do que as raparigas na mesma situação e do que as raparigas que apresentam aquela preocupação, sendo que estas últimas desejam mais o emagrecimento do que as raparigas que não apresentam sintomas de ingestão compulsiva.

Relação entre sentimentos de culpa e ingestão de alimentos

Relativamente à questão "a comida dá-lhe conforto", pudemos observar no quadro 34, que 74,6% (406) dos inquiridos responderam que sim. Cruzámos esta questão com o item 43 do QGA e verificámos que, apesar do conforto que a comida lhes possa proporcionar, 67,3% (153) se aumentam de peso sentem-se mal consigo próprios.

A ocultação da quantidade de comida ingerida é, conforme já referimos, afirmativamente assinalada por 15,1% (82) dos indivíduos (quadro 32). Contudo, não nos permite perceber se existe angústia neste comportamento. Assim, fomos cruzar esta variável com o item 43 do QGA - "se aumenta de peso sente-se mal consigo mesma", e obtivemos os seguintes resultados: dos 82 indivíduos que ocultam a comida que ingerem, 69,5% (57) sentem-se mal com eles próprios se aumentam de peso.

Esta parece ser uma característica comum em indivíduos com condutas alimentares perturbadas, porém não podemos afirmar que estes inquiridos têm um transtorno, apenas por este facto. São vários factores que definem um transtorno e não apenas factos isolados, todavia, esta é a fase do trabalho em que começamos a aflorar os parâmetros.

Relação entre IMC e Menstruação

Das 322 respostas que obtivemos à questão sobre o período menstrual, 216 (67,1%) dizem-se regulares, 26,4% consideram-se irregulares, 1,2% ocasionais, 0,3% ausentes e 5% afirmam nunca ter tido a menarca. É uma variável de difícil leitura, já que as inquiridas não preencheram o espaço que nos permite saber o tempo da ocasionalidade ou irregularidade. É também difícil saber se a menarca tem sido atrasada por algum comportamento alimentar ou por uma questão biológica, porém avaliada com outras variáveis pode ainda dar-nos pistas importantes sobre estas questões.

Ao fazermos a contingência entre o IMC e o período menstrual e respectivas estatísticas verificámos que, das 16 raparigas que ainda não são menstruadas, quatro têm um IMC abaixo do normal. Analisámos, então, as idades com IMC e o atributo " Ainda não é menstruada". Os resultados

mostram que das 16 raparigas que assinalaram "ainda não serem menstruadas, 4 têm um IMC inferior a 17,5, das quais 3 têm 14 anos e uma tem 13 anos. Este facto poderá ter causado um atraso na menarca, embora não possamos atribuir este atraso a um distúrbio alimentar.

Pareceu-nos importante saber como é que a periodicidade do fluxo menstrual, existindo, está distribuída por idades. A sua análise permitiu-nos saber que, dos 10,6% das raparigas que ainda não são menstruadas, 8% têm 14 e 13 anos (4% respectivamente) e 2,6% 12 anos. De acordo com SHONFELD (1982) a idade média para o aparecimento da menarca situa-se entre os 13 e os 16, pelo que não podemos atribuir a causa a nenhum transtorno.

Quanto à periodicidade do fluxo menstrual do grupo com idades superiores a 16 anos, a sua leitura permite-nos saber que 1,8% (3) das raparigas têm um período menstrual ocasional e 0,6% (1) ausente.

A irregularidade, tal como a regularidade, é também um elemento importante (22,2%), uma vez que havendo distúrbio, por um lado estas jovens têm relutância em serem francas, por outro, se a amenorreia é um sintoma da anorexia nervosa, no caso da bulimia nervosa a menstruação tanto pode ser normal, como irregular ou ausente.

4. Características Psicológicas das Perturbações Alimentares e Comportamentos Relacionados com a Comida e o Corpo

É consensual que é o grau de preocupação com o peso e o tamanho do corpo ou suas partes, a distorção da imagem corporal e os comportamentos bulímicos, que atribuem maior ou menor gravidade a um transtorno alimentar. Com base neste consenso compararemos as subescalas que avaliam aquelas questões (TE, IC e BN do EDI2 respectivamente) com as atitudes e os comportamentos, relacionados com a alimentação, corpo e peso, que os inquiridos assumiram ter.

O quadro A, em anexo, é bastante claro quanto ao significado de determinados comportamentos. Assim, as preocupações com o peso e a imagem corporal estão mais sintomaticamente agravadas no sexo feminino quando comparadas com os comportamentos e atitudes que têm face à alimentação e ao corpo. Porém, é o sexo masculino que apresenta mais traços bulímicos, quando assume que as afirmações são descritivas dos seus comportamentos e atitudes. É ainda de referir que os valores obtidas nos sins a estas afirmações são todos significativamente diferentes das médias obtidas na amostra total (ver quadro 26).

Embora saibamos que não se esgota aqui a possibilidades de análise deste estudo, finalizaremos esta parte com a análise de algumas características psicológicas identificadas como aspectos da psicopatologia das perturbações alimentares.

É inegável que, subjacentes aos transtornos alimentares, se encontram dificuldades de autonomia, auto percepção e auto-estima. Existem traços e características de personalidade descritos e que permitem apontar uma personalidade tipo para cada transtorno do comportamento alimentar. Com efeito, os estudos mostram que se podem destacar traços de personalidades que se associam à anorexia nervosa. As pacientes que controlam o seu peso mediante a restrição daquilo que comem costumam ser

mais obsessivas (ordenadas , meticulosas, de ideias e hábitos rígidos, com tendência a organizar a sua conduta a partir de um pensamento), austeras, perfeccionistas, isoladas e com tendência a esconder os seus sentimentos e a isolarem-se. As suas expectativas são, em geral, muito elevadas com grande necessidade de agradar aos de mais para, desta forma, se sentirem aceites e assim manter a sua auto-estima. As anoréxicas de tipo bulímico são, geralmente, mais impulsivas, com maior tendência à depressão e sexualmente mais desinibidas. Relativamente às pessoas com bulimia nervosa, parece haver consenso em que esta doença não é apenas um conjunto de hábitos alimentares caóticos, mas traz consigo muito sofrimento e certos traços de personalidade. Estudos recentes indicam que alguns traços como baixa auto-estima, dificuldade no funcionamento social e grande necessidade de aprovação externa, são cruciais para o desenvolvimento da bulimia. Estes pacientes são pessoas que comparadas com as sadias costumam manifestar maior ansiedade, maior depressão, maior dependência química, mais impulsividade, mais conflitos e transtornos sexuais e maior susceptibilidade nas relações interpessoais. Outras mostram uma instabilidade afectiva, com estados de humor depressivos e variáveis, assim como baixa tolerância à ansiedade e frustração (HERSCOVICI, 1997).

É inegável que uma pessoa que sofra de algum destes distúrbios tem a sua saúde mental afectada. No sentido de sabermos se as atitudes e os comportamentos relacionados com a comida e com o corpo se reflectem na saúde mental da nossa amostra, e se tem relação com as características psicológicas das perturbações alimentares, compararemos o hábito de fazer dietas com as escalas que avaliam a saúde mental/ psicopatologia dos indivíduos.

Relação entre Realização de Dietas e Psicopatologia

No sentido de sabermos se a realização de dietas com frequência, está associado a alguma ou algumas psicopatologias, comparámos o item 41 do

QGA com as escalas que avaliam a saúde mental/ psicopatologia dos indivíduos.

O teste gráfico que se segue resume os resultados obtidos nos testes multivariados.

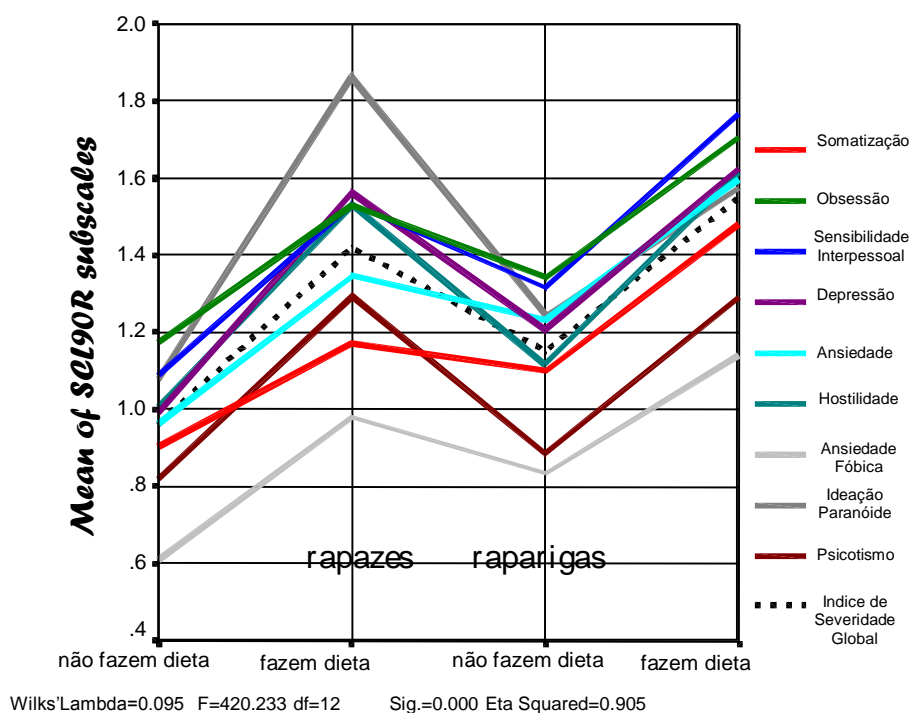


GRÁFICO3: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E PSICOPATOLOGIA

Como podemos verificar, os resultados mostram que as médias do SCL-90R diferem consoante as categorias em que se situam os indivíduos, com aparente relevância para a ideação paranóide nos rapazes que fazem dieta; contudo, o conhecimento exacto onde essas diferenças se situam só pode ser observada após as comparações *Post Hoc*. Nestas comparações à *posteriori* recorreremos ao coeficiente de *Scheffé* que, por ser um coeficiente que recorre a todas as possíveis combinações e bastante mais conservador do que os outros testes, nos dá maior confiança nos resultados.

Somatização e Dietas

O teste gráfico número 4 ilustra as interações e respectivas significâncias entre a realização de dietas por sexo e a subescala Somatização (SOM) do SCL-90R.

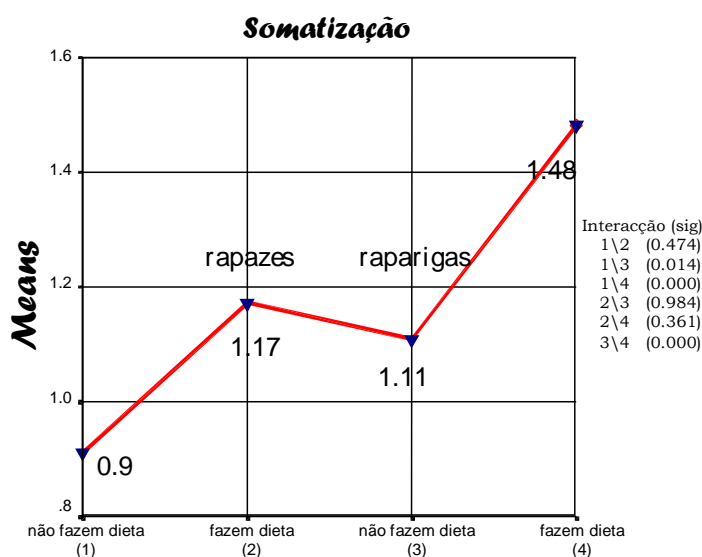


GRÁFICO4: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E SOMATIZAÇÃO

Como podemos verificar, existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelas raparigas que fazem dieta e as que não fazem, com valores superiores para as que pensam ou fazem dietas com frequência. Valores igualmente significativos são as médias entre os rapazes e as raparigas que não fazem dieta, sendo estas últimas as que apresentam médias de SOM superiores. É ainda de referir que, apesar de não existirem diferenças significativas nas médias da SOM entre os rapazes que não fazem dietas e aqueles que as fazem, a situação inverte-se quando comparamos as médias dos primeiros com as das raparigas que fazem dietas, cujas médias apresentam nítida superioridade estatística.

Obsessão-Compulsão e Dietas

O teste gráfico número 5 ilustra as interações e respectivos níveis de significância entre a subescala Obsessão-Compulsão (O-C) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

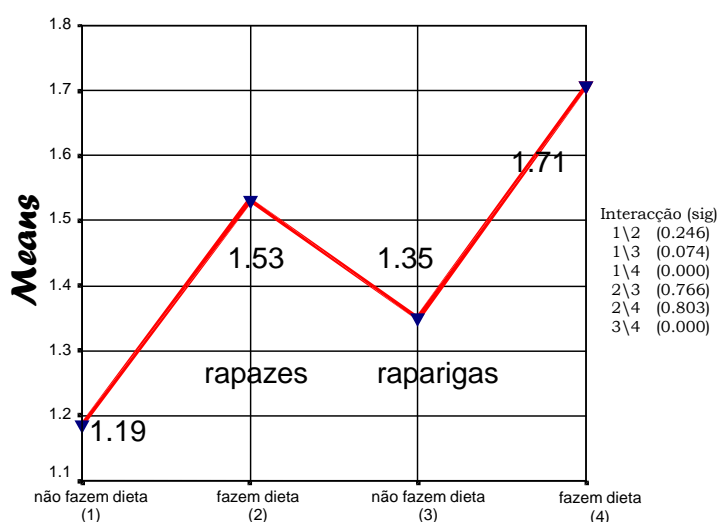


GRÁFICO5: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E OBSESSÃO - COMPULSÃO

No gráfico que precede este comentário, podemos observar que, tal como na SOM, também as raparigas que fazem dietas apresentam valores médios na O-C significativamente mais elevados que aquelas que não as fazem. Quanto à interação do sexo masculino com o sexo feminino, podemos verificar que as diferenças entre as médias apenas se verificam entre os rapazes que não fazem dieta e as raparigas que as fazem, embora as diferenças entre as médias obtidas pelas raparigas e pelos rapazes que não fazem dieta estejam no limiar da significância. Ora, se em situações normais os rapazes são menos obsessivos que as raparigas, este facto pode tornar-se uma variável parasita que interfere na relação entre as médias dos rapazes que fazem dietas e as raparigas que não as fazem, uma vez que, apesar da média dos primeiros aumentar, teria que disparar substancialmente para se tornar significativa. Como não temos dados normativos para pesar estas categorias, fica apenas o alerta.

Sensibilidade Interpessoal e Dietas

O teste gráfico número 6 ilustra como se distribuem as médias da subescala Sensibilidade Interpessoal (S-I) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

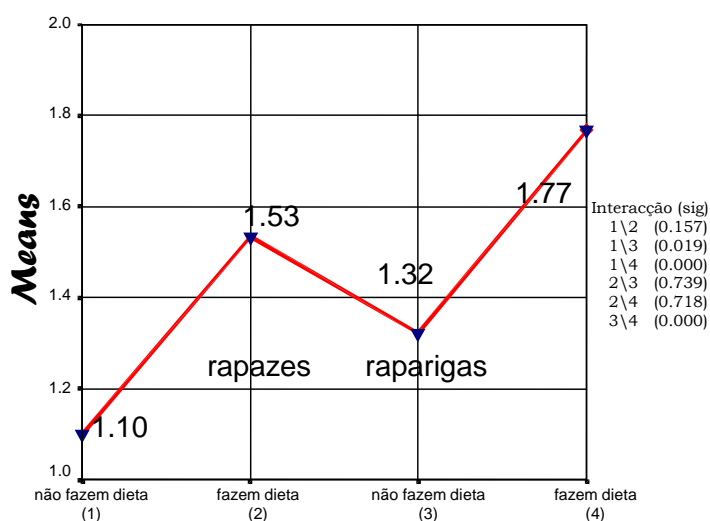


GRÁFICO6: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E SENSIBILIDADE INTERPESSOAL

Os valores apresentados no gráfico anterior mostram que as médias da S-I diferem consoante os inquiridos afirmam fazer ou não fazer dietas. Com efeito, os rapazes obtêm médias significativamente inferiores às raparigas no que diz respeito à S-I, nas situações em ambos que referem não fazer dieta. Quanto às raparigas que fazem dieta, revelam uma sensibilidade interpessoal significativamente mais perturbada do que os indivíduos que não fazem dieta, sejam do sexo feminino ou do sexo masculino.

Depressão e Dietas

O teste gráfico 7 mostra como se distribuem as médias da subescala Depressão (DEP) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

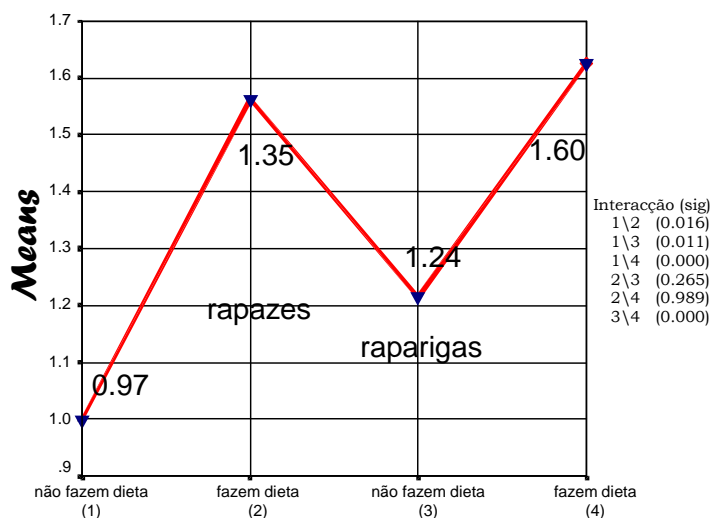


GRÁFICO7: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E DEPRESSÃO

Os valores apresentados no gráfico anterior mostram que as médias da DEP diferem entre as raparigas que fazem dieta e as que não fazem, com valores superiores para as que pensam ou fazem dietas com frequência. Também as médias entre os rapazes que não fazem dieta e as raparigas que as fazem apresentam diferenças significativas, sendo o sexo feminino aquele que apresenta médias de DEP superiores. É ainda de referir que existem diferenças significativas nas médias da DEP entre os rapazes que não fazem dietas e aqueles que as fazem, bem como entre as das raparigas e os rapazes que não fazem dietas, cujas médias apresentam nítida superioridade estatística.

Ansiedade e Dietas

O teste gráfico número 8 ilustra as interações e respectivos níveis de significância entre a subescala Ansiedade (ANS) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

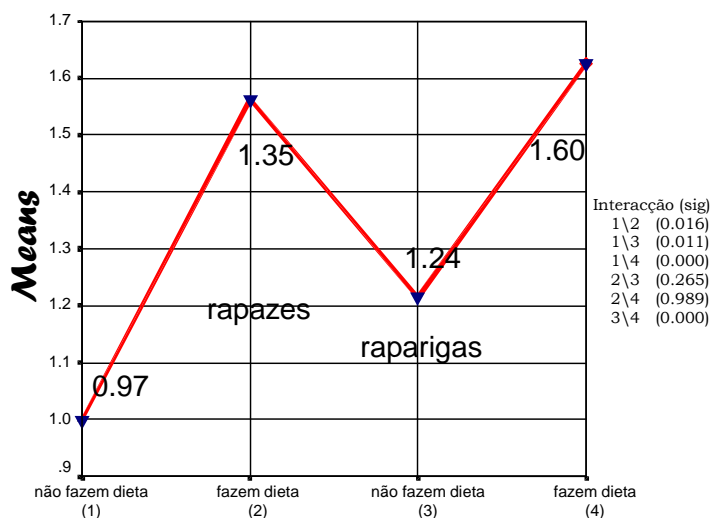


GRÁFICO8: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E ANSIEDADE

Os valores apresentados no gráfico anterior mostram que as médias da ANS diferem em 3 das 6 interações possíveis. Com efeito, os rapazes obtêm médias significativamente inferiores às raparigas no que diz respeito à ANS, nas situações em ambos que referem não fazer dieta. Quanto às raparigas que fazem dieta, apresentam níveis de ansiedade significativamente mais elevados do que os indivíduos que não fazem dieta, independentemente do género.

Hostilidade e Dietas

O teste gráfico 9 mostra como se distribui a nossa amostra, relativamente às médias obtidas na subescala Hostilidade (HOS) do SCL-90R por grupos de indivíduos de ambos os sexos, quando estes confirmam ou infirmam a realização de dietas.

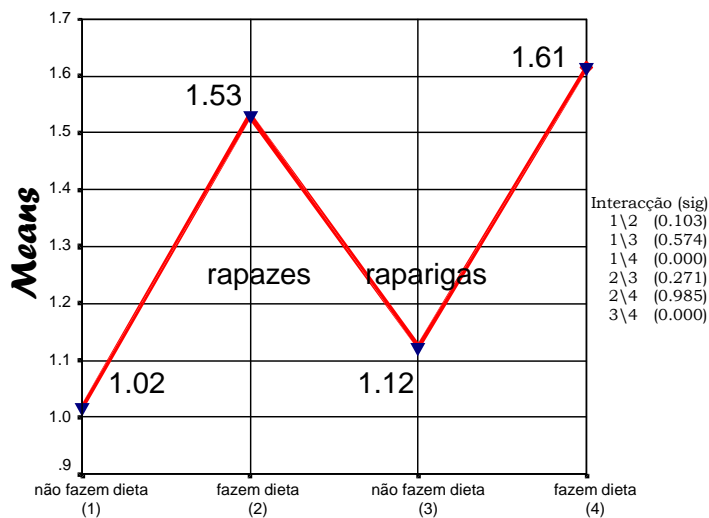


GRÁFICO9: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E HOSTILIDADE

Os valores apresentados no gráfico anterior mostram que as raparigas da nossa amostra que referem fazer dieta são significativamente mais hostis que os indivíduos que não as fazem, independentemente do sexo.

Ansiedade Fóbica e Dietas

O teste gráfico 10 mostra como se distribuem as médias da subescala Ansiedade Fóbica (A-F) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

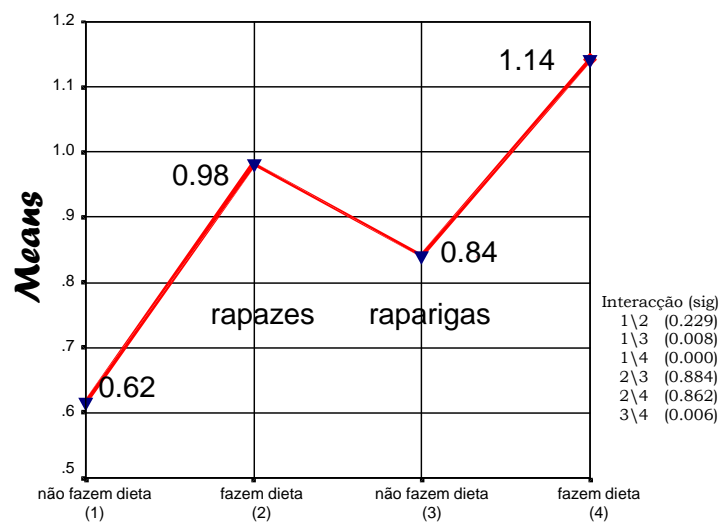


GRÁFICO 10: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E ANSIEDADE FÓBICA

Conforme podemos observar, as raparigas que fazem dietas apresentam maiores níveis da psicopatologia em análise no gráfico anterior, do que os restantes grupos.

Ideação Paranóide e Dietas

O teste gráfico 11 mostra como se distribuem as médias da subescala Ideação Paranóide (I-P) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo. Podemos ainda verificar o resultado da interacção dos grupos através da sua legenda.

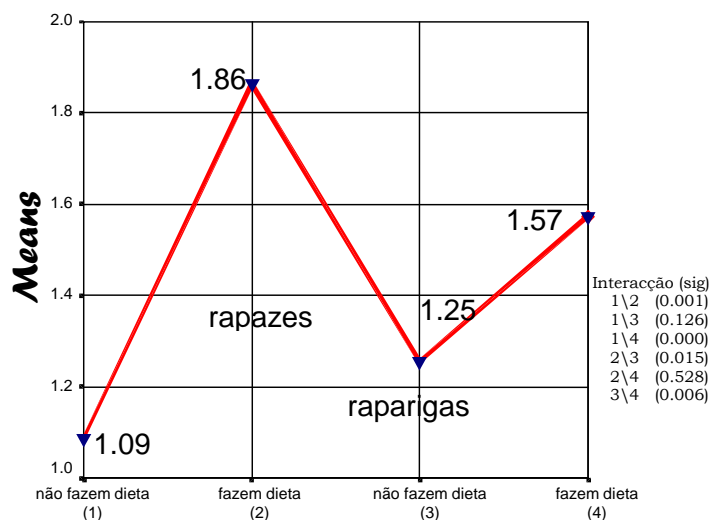


GRÁFICO 11: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E IDEACÇÃO PARANÓIDE

A observação do gráfico precedente permite-nos verificar que, ao contrário do que tem acontecido nas comparações anteriores, são os rapazes que fazem dieta aqueles que apresentam maiores níveis de I-P, sendo significativa a diferença entre estes e os que referem não fazer dietas.

Psicotismo e Dietas

O teste gráfico número 12 ilustra as médias, interações e respectivos níveis de significância entre a subescala Psicotismo (PSI) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

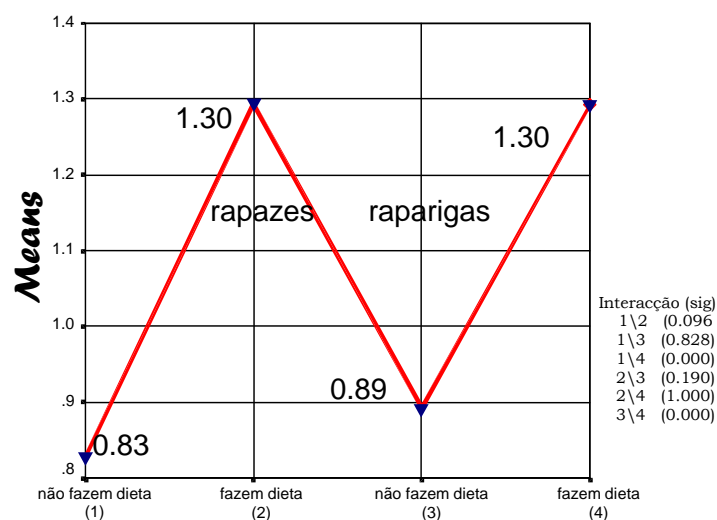


GRÁFICO12: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E PSICOTISMO

Como podemos constatar, as raparigas que fazem dieta são aquelas que apresentam médias de psicotismo significativamente superiores, relativamente aos restantes grupos em análise.

Índice de Severidade Global e Dietas

O teste gráfico 13 ilustra as interações e respectivos níveis de significância entre o Índice de Severidade Global (ISG)) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo.

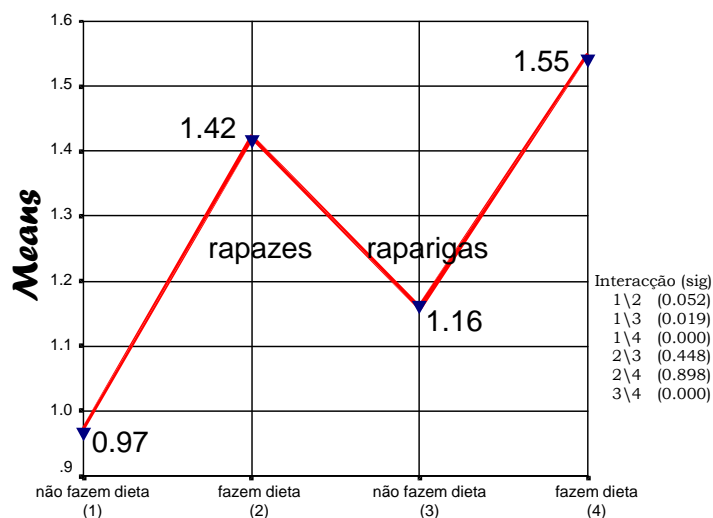


GRÁFICO13: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E ISG

O teste gráfico anterior confirma os resultados anteriores, mostrando uma vez mais que são as raparigas que fazem dietas, aquelas que apresentam médias de psicopatologia superiores relativamente aos grupos que não as fazem.

Por fim fomos avaliar o Sintoma Positivo Total (SPT) e o Índice Positivo do Sintoma de Angústia em função dos quatro grupos em análise, com o objectivo de sabermos qual dos grupos assinala, positivamente, mais itens, o que traduz maior perturbação, bem como qual dos grupos obtem mais sintomas positivos de angústia. Os resultados são visíveis nos testes gráficos 14 e 15.

Sintoma Positivo Total e Dietas

O gráfico 14 ilustra o número médio de itens positivamente assinalados por cada um dos 4 grupos.

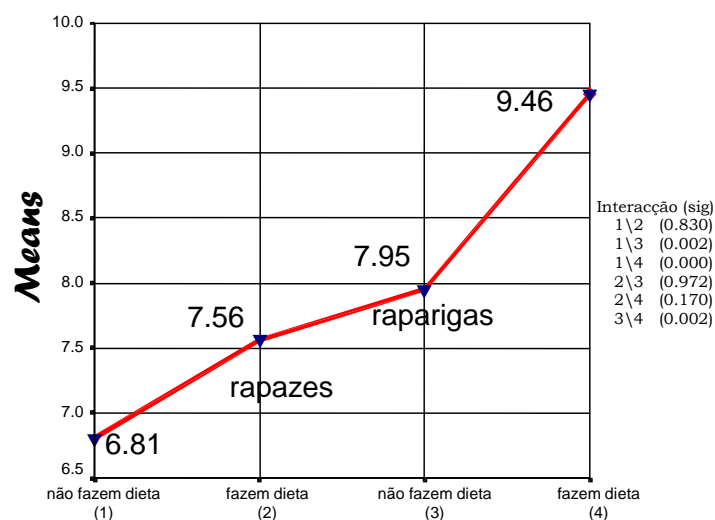


GRÁFICO14: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E SPT

A observação do gráfico precedente permite-nos observar que são as raparigas que fazem dieta aquelas que assinalam maior número de sintomas, diferindo estatisticamente dos grupos que referem não fazer dietas. As diferenças entre as médias mostram, igualmente, diferenças significativas entre as raparigas e os rapazes que não fazem dietas.

Índice Positivo do Sintoma de Angústia e Dietas

O gráfico 15 avalia, de uma forma geral, como se sentem os indivíduos consoante fazem ou não dietas.

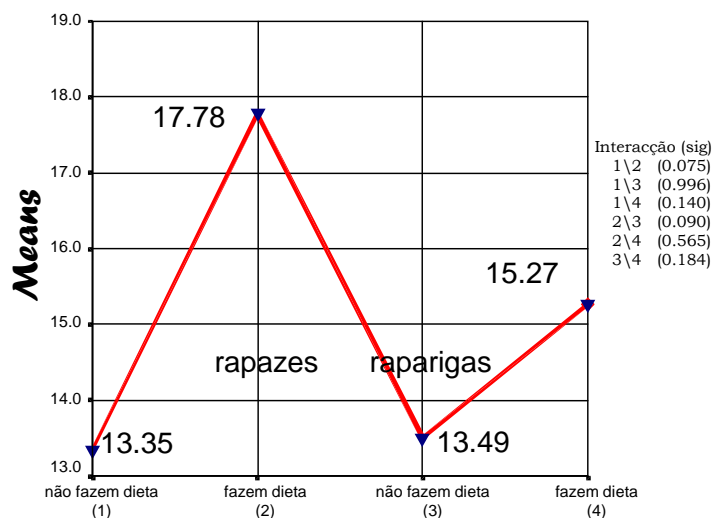
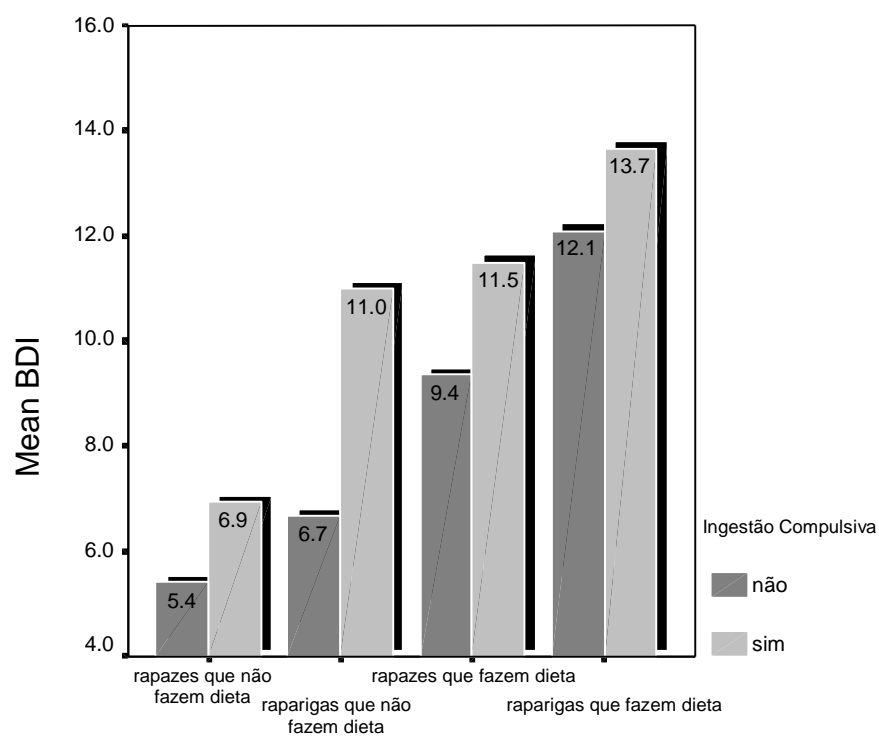


GRÁFICO15: INTERACÇÃO ENTRE DIETA E IPSA

A observação do gráfico anterior e o resultados das interações entre os grupos aqui em análise, obtidas através do coeficiente de Scheffé, mostra não existirem diferenças significativas entre eles. Contudo, podemos observar que na nossa amostra, são os rapazes que fazem dietas aqueles que apresentam os mais elevados sintomas de angústia.

Relação entre Distúrbios Alimentares e Depressão

Tal como os diversos estudos apontam, os indivíduos cujo estado de humor depende daquilo que comeu, são vulneráveis à depressão. Neste sentido comparámos os valores obtidos no inventário BDI com a realização de dietas (item 41 do QGA) e a ingestão compulsiva (itens 38 e 53 do QGA, recodificados). O teste gráfico que se segue ilustra os resultados obtidos.



Como podemos observar, na nossa amostra, os indivíduos que fazem dieta e têm episódios de ingestão compulsiva, têm tendência para humores depressivos, em especial as jovens.

População em risco e prevalência dos distúrbios alimentares

Um dos objectivos do nosso estudo era podermos identificar populações em risco e obter alguns dados acerca da prevalência dos TCA na nossa amostra. Para conhecermos a população em risco e a prevalência dos distúrbios alimentares utilizámos dois critérios: Identificação da população em risco através do EDI2 e conhecimento da prevalência provável de distúrbios alimentares através dos critérios de diagnóstico da DSMIV e ICD10.

Embora a tentativa de avaliar a prevalência através de um questionário de auto-resposta apresente muitas limitações e questões acerca da sua validade e fidedignidade, é um método frequentemente utilizado na avaliação da prevalência dos TCA (transtornos do comportamento alimentar) na população geral.

Para uma maior confiança nos dados, recorremos a alguns mecanismos de segurança: utilizámos as respostas do EDI2 mas conjugámo-las com os dados objectivos que obtivemos acerca dos peso e altura para avaliação do IMC. Neste sentido utilizámos diferentes métodos e conjugámos diferentes informações:

1.º Para calcular o IMC utilizámos os dados objectivos da pesagem e medição da altura;

2.º utilizámos os itens 38, 39, 41, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 53, 54 e 56 do QGA.

3.º Em função desta informação, procurámos identificar TCA na nossa amostra em função do DSMIV.

4.º Utilizámos as respostas ao questionário EDI2 da seguinte forma: calculámos $[\bar{x}_{sb} + (1\delta)]$ e $[\bar{x}_{sb} + (2\delta)]$ em que “ \bar{x}_{sb} ” é a média obtida em cada subescala e “ δ ” o desvio padrão dessa mesma média. Após os cálculos efectuados classificou-se a amostra, segundo o perfil apresentado pelos indivíduos e de acordo os resultados dos estudos publicados, bem como, os postulados teóricos sobre os comportamentos e atitudes que caracterizam cada distúrbio. Por fim para validar os indicadores de populações em risco

através do EDI2, comparámos os resultados com os itens assinalados no 2.º ponto.

✎ Conhecimento da prevalência provável através do QGA.

Para conhecermos a provável prevalência dos distúrbios alimentares da população em estudo (549), conjugámos os seguintes critérios:

Para ANOREXIA NERVOSA

1. Critério A da ICD10 (ter um índice de massa corporal com um valor de 17,5 ou inferior) avaliado pela relação entre as questões 9 e 10 do Questionário Geral de Atitudes – QGA (anexo1).
2. Critério B da DSMIV (medo intenso de engordar ou de aumentar de peso, mesmo com um peso anormalmente baixo) e Critério B da ICD10 (perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam e presença de sintomas purgativos) avaliados pelas questões 39, 41, 43, 44, 45, 50 e 51 do QGA.
3. Critério C da DSMIV (a forma e o corpo são anormalmente encarados, a autocrítica é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo, ou existe uma recusa em encarar as consequências do reduzido peso do corpo) e Critério C da ICD10 (distorção da imagem corporal que se manifesta pelo engordar como uma ideia intrusiva sobrevalorizada em que o indivíduo impõe a si próprio um peso situado num limiar baixo) avaliados pelas questões 40, 52, 54 e 56 do QGA.
4. Critério D da ICD10 (que para além da amenorreia, também prevista como critério de anorexia nas adolescentes da DSMIV, aponta a perda de interesse e potência sexual para os homens) avaliado pela questão 33 do QGA e pelo grupo U (diminuição da Líbido) do BDI (Anexo 1).

Para além desta categorização, a título de curiosidade científica, comparámos estes critérios com os 317 indivíduos com pontuações superiores à média mais um desvio padrão e com os 154 indivíduos com pontuações superiores à média mais dois desvios padrão nas subescalas do EDI2. O objectivo desta comparação era saber se os resultados obtidos pela análise do EDI2 são convergentes com aqueles que resultam da análise da amostra

através dos critérios de diagnóstico utilizados na detecção dos transtornos do comportamento alimentar.

Para a BULIMIA NERVOSA

1. Critério A e C da DSMIV (ingestão alimentar compulsiva) avaliado pelas questões 38 e 53 do QGA.
2. Critério B da DSMIV (recurso a comportamentos compensatórios com intenção de evitar o aumento de peso) avaliado pelas questões 50 e 51 do QGA.
3. Critério D da DSMIV (a valorização pessoal está indevidamente influenciada pelo peso e altura) avaliado pela questão 52 do QGA com confirmação através do cruzamento desta variável com as pontuações superiores à média mais 1 desvio padrão (pelo menos) na escala de auto-estima de Rosenberg (RSES). O resultado deste cruzamento aparecerá destacado, por não ser um critério directo.

Tal como anteriormente referido, comparámos estes critérios com os 317 indivíduos com pontuações superiores à média mais um desvio padrão e com os 154 indivíduos com pontuações superiores à média mais dois desvios padrão, nas subescalas do EDI2. De igual modo, o objectivo desta comparação foi saber se os resultados obtidos pela análise do EDI2 são convergentes com aqueles que resultam da análise da amostra através dos critérios de diagnóstico utilizados na detecção dos transtornos do comportamento alimentar.

OUTROS SINDROMAS NÃO ESPECIFICADOS Aqui agruparemos, como refere a DSMIV, todos aqueles que preencherem os critérios das perturbações alimentares, à excepção de um. Exemplos:

1. Reúne todos os critérios para AN, excepto a amenorreia.
2. Reúne todos os critérios para AN, mas o peso do indivíduo está dentro dos parâmetros normais.

3. Reúne todos os critérios para BN, mas a compulsão alimentar é inferior a 2 vezes por semana.
4. Perturbação de ingestão compulsiva: episódios de voracidade alimentar compulsiva na ausência de comportamentos compensatórios habituais, característicos da BN.

✎ Identificação da população em risco através do EDI.

Os agrupamentos seguiram os seguintes princípios:

1. PROVÁVEL ANOREXIA NERVOSA TIPO RESTRITIVO (PAN_R). As pessoas que controlam o seu peso mediante a restrição do que comem, costumam ser mais ordenadas, meticolosas, perfeccionistas, de ideias e hábitos rígidos, organizam os seus comportamentos a partir de um pensamento, isolam-se socialmente e têm tendência a esconder os seus sentimentos. Têm expectativas muito elevadas e grande necessidade de agradar aos demais como forma de manter a sua auto-estima.

Assim, nos PAN_R, agrupámos os indivíduos que fizessem dieta (questão 41 do QGA), não revelassem comportamentos bulímicos (pontuações baixas na subescala BN do EDI2), nem revelassem condutas de purga (questões 50 e 51 do QGA), pontuassem sempre superior a, pelo menos, 1 desvio padrão mais a média na subescala TE, cumulativamente com subescalas como IC, PERF, ASC e MS.

2. PROVÁVEL ANOREXIA NERVOSA TIPO PURGATIVO OU BULÍMICO (PAN_B). As anorécticas tipo bulímico têm as mesmas características que as citadas para as PAN_R, embora em maior escala, distinguem-se, porém, pelos comportamentos compensatórios em primeiro lugar e pelos sentimentos de ineficácia, consciência interoceptiva, insatisfação corporal e preocupações com o peso, que são superiores neste subtipo.

Assim, agrupámos os indivíduos que tivessem valores mais elevados que o grupo anterior, na subescala TE e BN em simultâneo e cumulativamente em subescalas como IC, RI, INEF, PERF, CI, DI, MM e MS, que revelassem

comportamentos bulímicos (subescala BN do EDI2 e questões 50 e 51 do QGA) e fizessem dieta (questão 41 do QGA).

PROVÁVEL BULIMIA NERVOSA (P_BN). Os postulados teóricos desta psicopatologia, reconhecida a aproximadamente 30 anos, informam que este transtorno mental e do comportamento alimentar se manifesta pela compulsão alimentar e *binges*. Os *binges* consistem no consumo de quantidades de comida superiores àquelas que a maior parte das pessoas, num período similar e em circunstâncias idênticas consumiriam, acompanhado de uma sensação de falta de controle. Seguem-se os comportamentos extremos, destinados a anular os efeitos daquela ingestão, no peso e na forma corporal, como os vômitos autoprovocados, o abuso de laxantes e/ ou diuréticos actividade física excessiva e dieta extrema ou jejum. O indivíduo preocupa-se excessivamente com o seu peso e forma corporal com marcada tendência a julgar-se a partir destes pressupostos. É este temor doentio à gordura que distingue o bulímico de qualquer pessoa que ocasionalmente possa comer de forma exagerada.

Desta forma, agrupámos os indivíduos cujos valores na subescala BN, TE e IC, fossem os mais elevados. Levámos também em conta os resultados das subescalas ASC, RI e MM, os comportamentos bulímicos, em especial o vômito auto provocado (questões 50 e 51 do QGA), bem como aqueles que revelaram fazer ou pensavam fazer dieta com frequência (questão 41 do QGA).

3. PERSONALIDADES VULNERÁVEIS AOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES (P_DA). O princípio que nos levou a este agrupamento foi o de que há pessoas que apesar de não reunirem uma classificação rigorosa de AN ou BN, encontram-se em risco de se transformarem em quadros típicos. Há os que têm condutas alimentares alteradas e métodos de controle que são variáveis e descontínuos. Há os que, apesar de insatisfeitos e preocupados, mentem e falseiam os resultados. Contudo, o facto de terem condutas dietantes e elevados valores nas restantes nove subescalas do EDI2, são sintomáticos de que existe, pelo menos, uma personalidade vulnerável aos distúrbios alimentares.

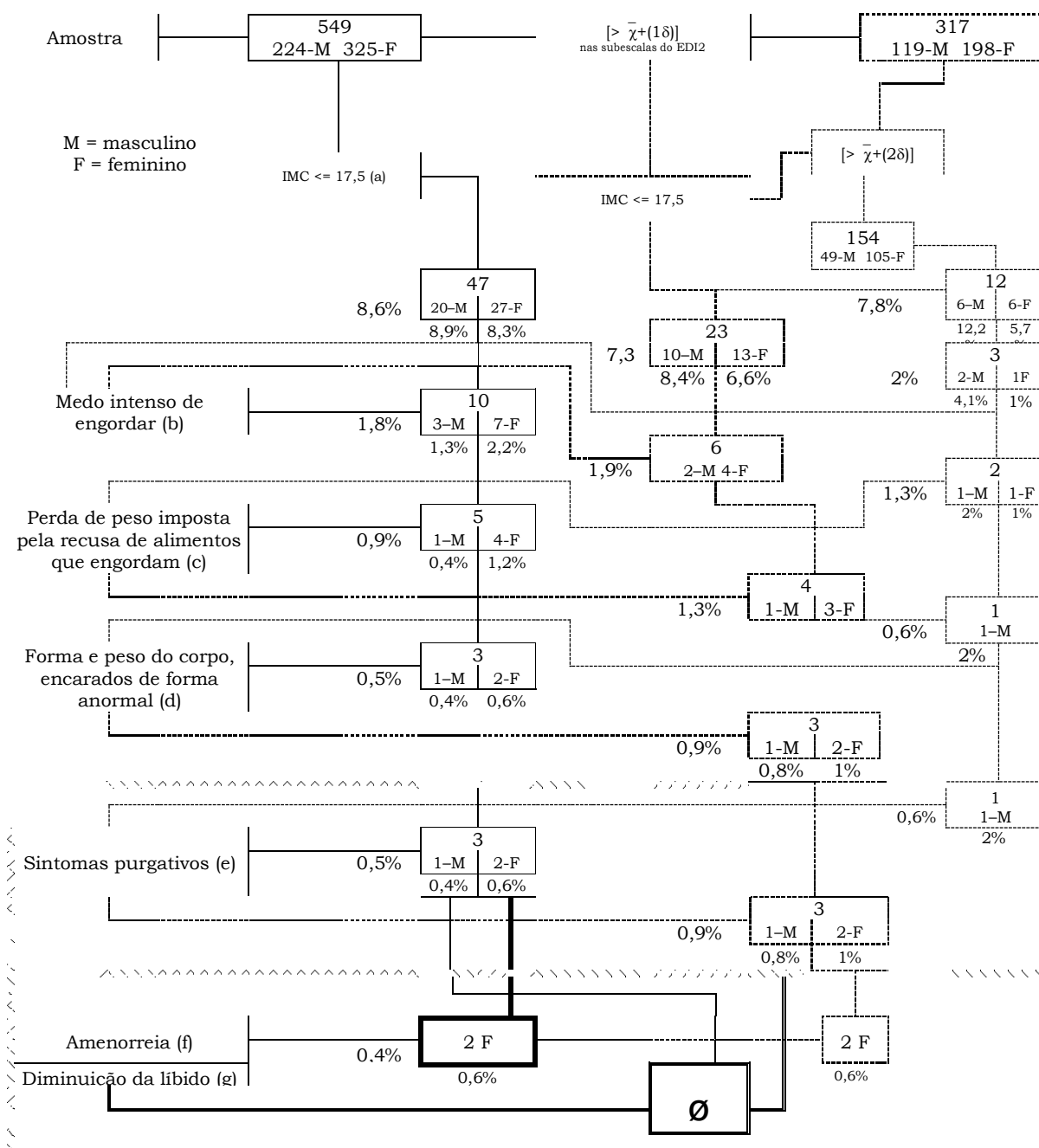
Pelo que, neste subtipo agrupámos todos os que pontuaram pelo menos 1 desvio padrão acima da média nas subescalas do EDI2, mas que não

obtiveram valores iguais ou superiores à média mais um desvio padrão nas subescalas TE e BN.

Prevalência provável dos distúrbios alimentares

Anorexia nervosa

O dendrograma que se segue mostra a árvore de decisões para o conhecimento da prevalência provável de anorexia nervosa.



Dendrograma 2: Árvore de decisões da Anorexia Nervosa(AN).

(a) critério A da ICD10 (b) critério B da DSMIV (c) critério B da ICD10 (d) critério C da DSMIV (e) critério B da ICD10 (f) e (g) critério D da ICD10

Como se pode verificar, o dendrograma 2 apresenta em conjugado três tipos de prevalência: a prevalência da AN em toda a amostra (549 indivíduos); a prevalência da AN analisada no grupo que pontua acima da média mais um desvio padrão; a prevalência da AN analisada no grupo com pontuações superiores à média mais dois desvios padrão.

Os resultados mostram que:

8,6% (47) dos sujeitos da amostra têm IMC inferior ou igual a 17,5;

1,8% (10) têm IMC inferior ou igual a 17,5 e um medo intenso de engordar;

0,9% (5) têm IMC inferior ou igual a 17,5, um medo intenso de engordar e perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam;

0,5% (2) têm IMC inferior ou igual a 17,5, um medo intenso de engordar, perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam, a forma e o peso do corpo são anormalmente encarados e apresentam sintomas purgativos.

Como a questão da amenorreia e a diminuição da libido descriminam os sexos, analisaremos estas variáveis aquando da análise por género.

O dendrograma mostra ainda que, se em vez de analisarmos a população total da amostra, a restringirmos apenas aos que pontuam acima da média mais um desvio padrão, o resultado final é o mesmo. Esta afirmação baseia-se quer nos números finais obtidos, quer num *Orthogonal Desing* \\ *Display* \\ *profiles for subjects*, efectuado à *posteriori*, que demonstrou que a partir da análise da questão que avalia como são encarados o peso e a forma corporal, os casos são os mesmos. Quando partimos para análise dos 154 indivíduos que pontuam acima da média mais dois desvios padrão, verificámos que esta categorização elimina uma parte dos indivíduos diagnosticados com AN, segundo os critérios do DSMIV, deixando apenas os casos aparentemente mais graves. É ainda de referir que o elemento do sexo

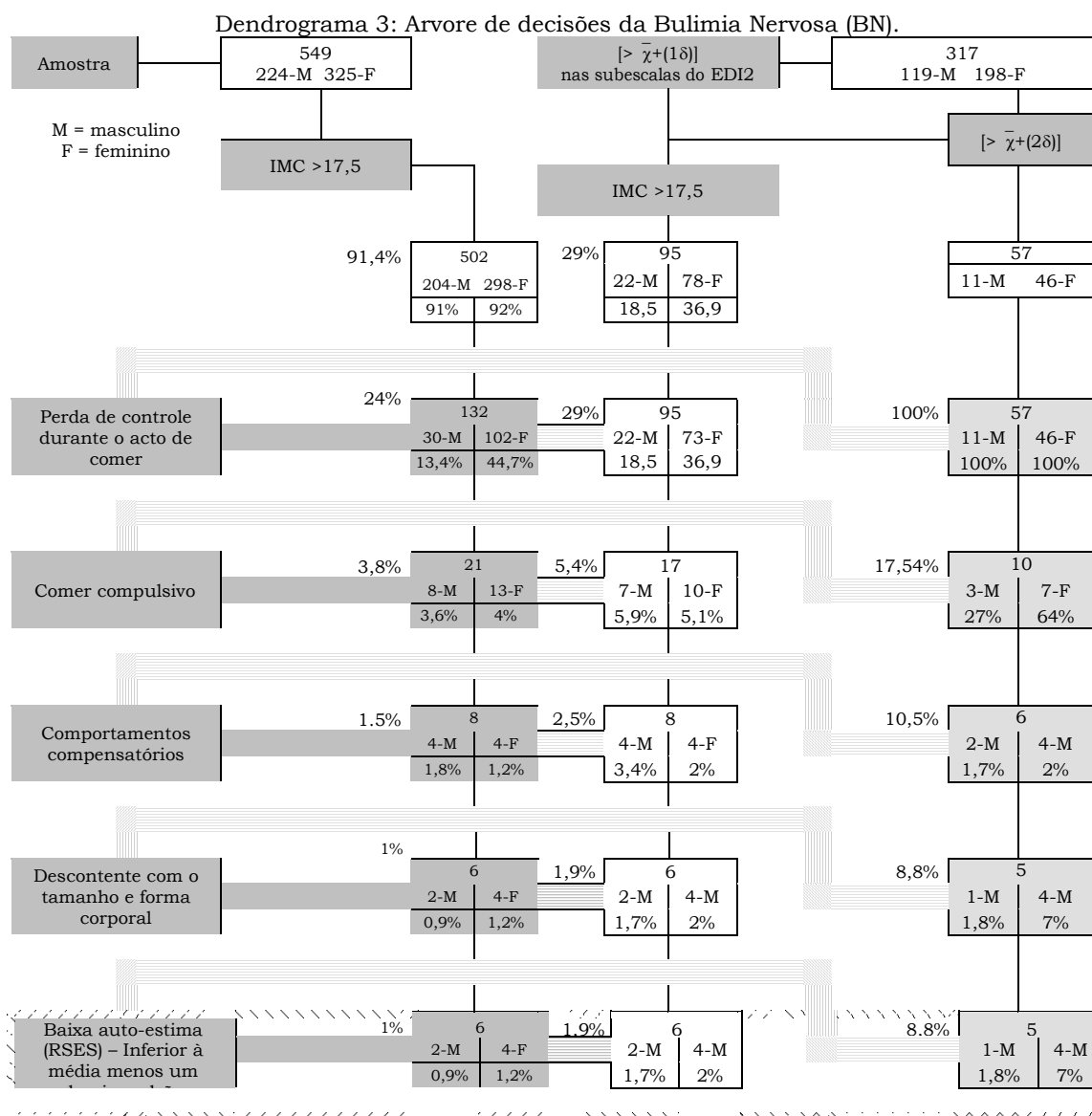
masculino detectado por este método como aquele que cumpre os critérios de diagnóstico é o mesmo caso detectado pelos processos anteriores.

Utilizando os critérios da DSMIV, a prevalência da AN é de 0,6% para o sexo feminino e de 0,4% para o sexo masculino, o que confirma a crença de que o sexo masculino tem vindo em crescente nesta patologia. Contudo, analisando estes mesmos dados à luz dos critérios da ICD10, verificamos que não existe nenhum indivíduo do sexo masculino que cumpra todos os critérios, uma vez que não assumem diminuição da libido. Porém, a ciência é feita de perguntas e respostas e nós questionámo-nos sobre a causa desta inexistência e encontramos a resposta na idade. Este rapaz tem 13 anos e é natural que tivesse respondido que “não notou qualquer mudança no seu interesse sexual”.

Assim, parece-nos correcto afirmar que em termos globais, a prevalência da AN na nossa amostra é de 0,5% e em termos de género é de 0,6% para o sexo feminino e de 0,4% para o sexo masculino.

Bulimia Nervosa

Tendo por base o princípio de que os bulímicos têm um peso normal, embora possam, por vezes, estar ligeiramente emagrecidos, excluimos desta análise todos os indivíduos com IMC inferior a 17,5 garantindo assim a não duplicação dos casos. O dendrograma 3 mostra a árvore de decisões para o conhecimento da prevalência da bulimia nervosa e apresenta, em conjugado, dois tipos de prevalência: a prevalência da BN em toda a amostra (549 indivíduos) e a prevalência da BN analisada no grupo [$> \bar{\chi} + (1\delta)$] do EDI2 (317) e do subgrupo [$> \bar{\chi} + (2\delta)$] no EDI2 (57), tal como havíamos feito para a AN.



Como se pode verificar, 24% (132) da amostra tem um IMC superior a 17,5 e descontrola-se duas ou mais vezes por semana, correspondendo a 13,4% (30) dos indivíduos do sexo masculino e 44,7% (102) do sexo feminino.

3,8% (21) acumulam às variáveis anteriores, o facto de ingerirem quantidades de alimentos bastante superiores ao que seria normal (até não poderem mais) apresentando, o sexo masculino, uma prevalência de 3,6% e o sexo feminino 4%.

Com IMC superior a 17,5, a perder o controle da ingestão alimentar mais de duas vezes por semana, a ingerir grandes quantidades de comida e a apresentar comportamentos compensatórios de purga, temos 1,5% (8) da

amostra. Se observarmos esta conjugação de variáveis por sexo verificamos que 1,8% (4) dos indivíduos do sexo masculino e 1,2% (4) dos indivíduos do sexo feminino manifestam estes sintomas.

Por fim, 1% (6) da amostra, para além de conjugarem todas as variáveis anteriormente enunciadas, manifestam-se descontentes com o tamanho e forma do corpo e têm uma baixa auto-estima (inferior à média menos um desvio padrão). Relativamente ao género, podemos observar que, no nosso estudo, 0,9% dos rapazes e 1,2% das raparigas sofrem de bulimia.

A análise da prevalência conjugando com os critérios da DSMIV com o EDI2, confirma os resultados. No caso dos indivíduos com pontuações acima da média mais um desvio padrão, começa por eliminar uma série de indivíduos da análise mas chega aos mesmos resultados e casos. Quanto à análise dos indivíduos que pontuam superiormente à média mais dois desvios padrão, o afunilamento ainda é mais acentuado, contudo indica-nos que dos 6 indivíduos com bulimia nervosa 5 encontram-se numa situação psicológica que pode ser muito grave, sendo o sexo feminino o mais afectado.

Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (SOE).

No DSMIV, as perturbações alimentares não especificadas incluem as perturbações do comportamento alimentar que não preenchem os critérios de diagnóstico da AN e BN. O quadro 42 mostra os casos que preenchem todos os critérios para AN, exceptuado o facto do peso actual se encontrar dentro da normalidade.

Quadro 42: Árvore de decisões para análise dos indivíduos de sexo feminino, que à exceção de um sintoma reúnem todos os critérios da AN

| Período Menstrual | Utiliza laxantes, diuréticos, exerc. Físico, etc., como método para controle de peso | Induz o vômito para controle de peso | Forma e corpo anormalmente encardados | Perda de peso imposta pela recusa de alimentos engordantes | Medo Intenso de Engordar | ÍNDICES DE MASSA CORPORAL (sexo Masculino) | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|--|--------------|--------------|---------------|-------|
| | | | | | | De 17,5 a 20 | De 20 a 22,5 | De 22,5 a 25 | Superior a 25 | Total |
| Regular | Não | Não | Não | Não | Não | 38 | 21 | 5 | | 64 |
| | | | | Não | Sim | 12 | 15 | 4 | 1 | 32 |
| | | | Sim | Não | Não | 2 | 8 | 3 | 1 | 14 |
| | | | | Não | Sim | 7 | 2 | 2 | 1 | 12 |
| | | | | Sim | Não | 7 | 10 | 2 | 3 | 22 |
| | | | | Sim | Sim | 1 | | | | 1 |
| | | | | Sim | Sim | 4 | 7 | 2 | 3 | 16 |
| | Sim | Sim | Não | Não | Sim | 2 | | 1 | 1 | 4 |
| | | Não | | Não | Não | | 1 | | 1 | 2 |
| | | | | Sim | Sim | 2 | 3 | | | 5 |
| Irregular | | | Sim | Sim | Sim | 3 | 2 | 5 | | 10 |
| | | | | Não | Sim | 3 | | 2 | | 5 |
| | | Sim | Sim | Sim | Sim | 1 | 6 | 2 | 4 | 12 |
| | | | | Não | Sim | 12 | | 3 | 1 | 15 |
| | Não | Não | Não | Não | Não | 10 | 5 | 2 | | 17 |
| | | | Sim | Não | Sim | 1 | 4 | | | 5 |
| | | | | Sim | Não | 2 | 1 | | | 3 |
| | | | | Sim | Sim | 1 | 8 | | | 9 |
| | Sim | Não | Não | Não | Sim | 1 | 3 | 5 | | 9 |
| | | | | Sim | Sim | 2 | | | | 2 |
| ocasional | | | Sim | Não | Sim | 1 | 1 | | | 2 |
| | | | | Sim | Sim | 4 | 1 | | | 5 |
| | | | | Sim | Sim | 3 | 3 | 1 | | 7 |
| | | Sim | Não | Não | Sim | 1 | | | | 1 |
| | Não | Não | Não | Não | Não | 1 | | | | 1 |
| Ausente | | | Sim | Não | Sim | 1 | 1 | | | 1 |
| | | | | Sim | Não | | | | 1 | 1 |
| | | | | Sim | Sim | | | | 1 | 1 |
| Não atingiu a menarca | Sim | Não | Sim | Sim | Sim | | 1 | | | 1 |
| | Não | Não | Não | Não | Não | 2 | 3 | | 1 | 6 |
| | | | Sim | Não | Sim | 1 | | | | 1 |
| Total | | | | Não | Não | 2 | | | | 2 |
| | | | | Sim | Sim | 1 | | | | 1 |
| Total | | | | | | 129 | 106 | 39 | 18 | 292 |

O quadro que precede este comentário mostra-nos que 0,3% (1) das raparigas reúne todos os critérios para AN à exceção do peso (ver faixa amarela), que neste caso apresenta um IMC entre os 20 e os 22,5²⁸.

A zona acinzentada mostra que com um peso normal e período menstrual regular, mas descontentes com o peso e a forma corporal, com comportamentos compensatórios para controle de peso, a fazer dieta e medo intenso de engordar temos uma prevalência de 4,3% (14) raparigas.

Com um peso normal e com período menstrual irregular, mas descontentes com o peso e a forma corporal, com comportamentos compensatórios para controle de peso, a fazer dieta e medo intenso de engordar temos uma prevalência de 2,2% (7) das raparigas, das quais 43% (3) têm um IMC entre 17,5 e 20; 43% (3) entre 20 e 22,5 e 14% (1) entre 22,5 e 25.

²⁸ Esta rapariga tem 22 anos, frequenta o 2.º ano do ensino superior, mede 1,70m e pesa 60Kg (IMC=20,76).

Com um peso normal, período menstrual ausente, ocasional ou sem terem atingido a menarca, mas descontentes com o peso e a forma corporal, com comportamentos compensatórios para controle de peso, a fazer dieta e medo intenso de engordar, não existe nenhuma rapariga.

Face a estes resultados podemos referir que, simultaneamente, descontentes com o peso e a forma corporal, com comportamentos compensatórios para controle de peso, a fazer dieta e medo intenso de engordar, temos uma prevalência de 6% (19).

Quanto às raparigas que preenchem todos os critérios para AN, mas não sofrem de amenorreia, não se observa nenhum caso (dendrograma 2). Com efeito, a partir da variável que atesta da insatisfação com o corpo até à amenorreia, verificam-se sempre os mesmos casos. Esta situação parece-nos óbvia, uma vez que IMC muito baixos levam à amenorreia, pelo que não é fácil encontrar uma jovem que reúna todos os critérios para a AN e tenha períodos menstruais regulares. Quanto aos rapazes, o quadro que se segue mostra como se comportam face a este distúrbio.

Quadro 43: Árvore de decisões para análise dos indivíduos do sexo masculino, que à excepção de um sintoma reúnem todos os critérios da AN

| Diminuição da libido | Utiliza laxantes, diuréticos, exerc. Físico, etc., como método para controle de peso | Induz o vômito para controle de peso | Descontente com forma e tamanho do corpo | Faz ou pensa fazer dietas com frequência | Aumentar de peso assusta | ÍNDICES DE MASSA CORPORAL (sexo Masculino) | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------|--|--------------|--------------|--------------|---------------|-----------|
| | | | | | | =< a 17,5 | De 17,5 a 20 | De 20 a 22,5 | De 22,5 a 25 | Superior a 25 | Total |
| Não notou qualquer mudança de interesse pela vida sexual | Não | Não | Não | Não | Não Sim | 13 1 | 38 2 | 47 9 | 21 4 | 8 1 | 127 17 |
| | | | | Sim | Não | | | | | 3 | 3 |
| | | | Sim | Não | Não Sim | 1 | 3 2 | 5 2 | | 1 | 10 4 |
| | | | | Sim | Não Sim | | 1 | 1 | | | 2 |
| | | Sim | Não | Não | Não Sim | | 1 | | | | 1 |
| | | | Sim | | Não | | | 1 | | | 1 |
| | Sim | Não | Não | Não | Não Sim | 1 | 5 1 | 9 | 5 | 2 1 | 22 2 |
| | | | | Sim | Não Sim | | | | 2 1 | | 2 1 |
| | | | Sim | Não | Sim | | 1 | 1 | 2 | | 4 |
| | | | Sim | Sim | Sim | 1 | | 1 | 1 | | 3 |
| | | Sim | Não | Sim | Sim | | 1 | | | | 1 |
| | | | Sim | Sim | Sim | | | 1 | | | 1 |
| Menos interessado (a) na vida sexual que de costume | Não | Não | Não | Não | Não Sim | | 1 | | | 1 | 1 |
| | Não | Não | Sim | Não | Não | | 1 | | 1 | | 2 |
| | Sim | Não | Não | Não | Não Sim | 1 | | 1 | | | 2 |
| | | | Sim | Sim | Sim | | 1 | | | | 1 |
| Cada vez menos interessado na vida sexual | | Sim | Sim | Sim | Sim | | | | 1 | | 1 |
| | Não | Não | Não | Não | Não | 1 | | | | | 1 |
| | | | Sim | | Não Sim | | 1 | | 1 | | 1 |
| | | | | Sim | Não | | 1 | | | | 1 |
| Total | | | Sim | Não | Sim | | | 1 | | | 1 |
| | | | | | | 19 | 60 | 79 | 39 | 17 | 214 |

O quadro 43 mostra que a prevalência dos indivíduos de sexo masculino que reúnem todos os critérios da AN à exceção do peso é de 2,2% (5). Destes 40% (2), referem diminuição da libido.

No que diz respeito à BN, o quadro que se segue ilustra-nos como se distribuíram os indivíduos que reúnem todos os critérios menos um sintoma e respectivas prevalências.

Quadro 44: Árvore de decisões para análise dos indivíduos do sexo masculino, que à exceção de um sintoma reúnem todos os critérios da BN

| de um sintoma reúnem todos os critérios da EN | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------|-------|
| Descontente com forma e tamanho do corpo | Utiliza laxantes, diuréticos, exerc. Físico, etc., como método para controle de peso | Induz o vômito para controle de peso | Come até não poder mais | Sexo | DESCONTROLA-SE QUANDO COME | | | | |
| | | | | | NUNCA | UMA VEZ POR SEMANA | DUAS VEZES POR SEMANA | TRÊS OU MAIS VEZES POR SEMANA | TOTAL |
| Não | Não | Não | Não | MASCULINO | 83 | 12 | 10 | 4 | 109 |
| | | | | FEMININO | 78 | 39 | 14 | 11 | 142 |
| | | | Sim | MASCULINO | 18 | 6 | 1 | 2 | 27 |
| | | | | FEMININO | 11 | | 2 | 2 | 15 |
| | Não | Sim | Não | MASCULINO | 1 | | | | 1 |
| | Sim | Não | Não | MASCULINO | 11 | 4 | 2 | 3 | 20 |
| | | | | FEMININO | 3 | 7 | 3 | 5 | 18 |
| | Sim | Não | Sim | MASCULINO | 5 | 1 | 1 | | 7 |
| | | | | FEMININO | 3 | | | | 3 |
| | | Sim | Não | FEMININO | | | 1 | | 1 |
| | | | | MASCULINO | | | 1 | | 1 |
| Sim | Não | Não | Não | MASCULINO | 5 | 5 | 3 | | 13 |
| | | | | FEMININO | 16 | 15 | 23 | 13 | 67 |
| | | | Sim | MASCULINO | 5 | 1 | 1 | | 7 |
| | | | | FEMININO | 5 | 2 | 1 | 3 | 11 |
| | | Sim | Não | MASCULINO | 1 | | | | 1 |
| | | | | FEMININO | | 1 | | 2 | 3 |
| | | | Sim | FEMININO | | | | 1 | 1 |
| | Sim | Não | Não | MASCULINO | 1 | 3 | 8 | | 4 |
| | | | | FEMININO | 3 | 6 | | 8 | 25 |
| | | | Sim | MASCULINO | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| | | | | FEMININO | 1 | 1 | 1 | 3 | 6 |
| | | Sim | Não | MASCULINO | 1 | | | | 1 |
| | | | | FEMININO | | 1 | 1 | | 2 |
| | | | Sim | MASCULINO | | | | 1 | 1 |
| TOTAL | | | | | 252 | 105 | 73 | 59 | 489 |

O quadro 44 apresenta uma prevalência global de 3,8% (21) dos indivíduos que à exceção do sentimento de perda de controle preenchem todos os critérios para a BN. A prevalência por sexos é, neste quadro clínico, de 4% (13) para o sexo feminino e de 2,6% para o sexo masculino.

O quadro clínico da ingestão compulsiva é, também aqui que pode ser observado, já que ainda não têm critérios de diagnósticos independentes, mas aparece definido nas perturbações alimentares não especificadas como uma perturbação em tudo idêntica à bulimia à exceção das condutas compensatórias que caracterizam a BN.

Com efeito, excluindo os mecanismos compensatórios, mas mantendo a sensação de perda de controle sobre o acto de comer (pelo menos 2 vezes por semana), durante o episódio de ingestão compulsiva (comer até não poder mais) a sua prevalência global é de 0,9% (5) e por sexos de 1,2% (3) para as raparigas e 0,4% para os rapazes. Contudo, se excluirmos os parâmetros que medem a frequência do descontrolo alimentar trabalhando apenas a variável “comer até não poder mais” (que em conjunto com a anterior pressupõe o empanturramento), a prevalência passaria a ser de 3,3% (18) da amostra global e por sexos de 3,4% (11) para as raparigas e de 3,1% (7) para os rapazes.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio se anularmos a variável “comer até não poder mais” analisando os empanturramentos em conjunto com a frequência do descontrolo alimentar que deve ser igual ou superior a 2 vezes por semana, a prevalência total passaria a ser de 8% (44) e por sexos de 12% (40) para as raparigas e de 1,8% (7) para os rapazes.

Após a análise da diversa sintomatologia que compõe o quadro clínico dos SOE, podemos concluir que a prevalência deste distúrbio é de 19% (13,8%+4% + 1,2%) para o sexo feminino e 5,5% (2,2% + 2,6% + 0,9%) para o sexo masculino

Identificação da população em risco através do EDI

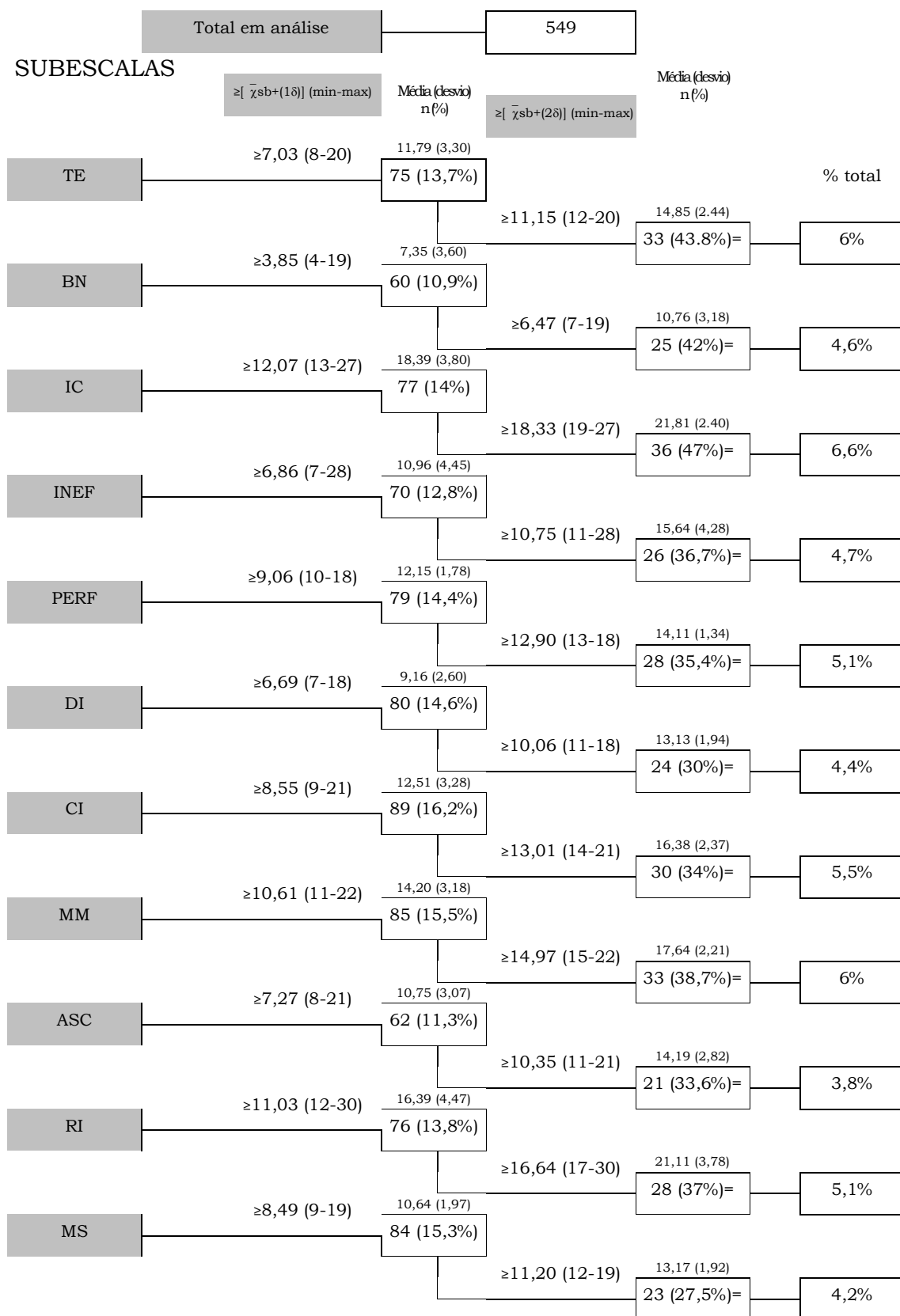
Os resultados dos cálculos $[\bar{\chi}_{sb}+(1\delta)]$ e $[\bar{\chi}_{sb}+(2\delta)]$ estão apresentados no quadro 39 e no dendrograma que se segue.

Quadro 39: sumário do processamento da população de risco

| | EDI | Included | | Excluded | | Total | |
|---|------------|----------|-------|----------|-------|-------|---------|
| | Subescalas | N | % | N | % | N | Percent |
| Superior à média mais um desvio padrão (317) | TE | 75 | 13.7% | 474 | 86.3% | 549 | 100.0% |
| | BN | 60 | 10.9% | 489 | 89.1% | 549 | 100.0% |
| | IC | 77 | 14.0% | 472 | 86.0% | 549 | 100.0% |
| | INEF | 70 | 12.8% | 479 | 87.2% | 549 | 100.0% |
| | PERF | 79 | 14.4% | 470 | 85.6% | 549 | 100.0% |
| | DI | 80 | 14.6% | 469 | 85.4% | 549 | 100.0% |
| | CI | 89 | 16.2% | 460 | 83.8% | 549 | 100.0% |
| | MM | 85 | 15.5% | 464 | 84.5% | 549 | 100.0% |
| | ASC | 62 | 11.3% | 487 | 88.7% | 549 | 100.0% |
| | RI | 76 | 13.8% | 473 | 86.2% | 549 | 100.0% |
| | MS | 84 | 15.3% | 465 | 84.7% | 549 | 100.0% |
| Superior à média mais dois desvios padrão (154) | TE | 33 | 6.0% | 516 | 94.0% | 549 | 100.0% |
| | BN | 25 | 4.6% | 524 | 95.4% | 549 | 100.0% |
| | IC | 36 | 6.6% | 513 | 93.4% | 549 | 100.0% |
| | INEF | 26 | 4.7% | 523 | 95.3% | 549 | 100.0% |
| | PERF | 28 | 5.1% | 521 | 94.9% | 549 | 100.0% |
| | DI | 24 | 4.4% | 525 | 95.6% | 549 | 100.0% |
| | CI | 30 | 5.5% | 519 | 94.5% | 549 | 100.0% |
| | MM | 33 | 6.0% | 516 | 94.0% | 549 | 100.0% |
| | ASC | 21 | 3.8% | 528 | 96.2% | 549 | 100.0% |
| | RI | 28 | 5.1% | 521 | 94.9% | 549 | 100.0% |
| | MS | 23 | 4.2% | 526 | 95.8% | 549 | 100.0% |

Como podemos verificar pelo quadro precedente, a pontuar igual ou superior à média mais um desvio padrão nas subescalas do EDI2 temos entre 10,9 e 16,2% e, a pontuar igual ou superior à média mais dois desvios padrão nas subescalas do EDI2 temos entre 3,8 e 6,6% da população total, distribuída da seguinte forma:

Dendograma 1: Pontuação média mais um e dois desvios padrão, por subescala do EDI2.



Assim, no nosso estudo, 13,7% (75) têm pontuações superiores a 7,03 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 11,79 na subescala TE, dos quais, 43,8% (33) superam os 11,15 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão), pontuando em média 14,85. Ora, tendo em conta a amplitude desta subescala (8 a 20) e os valores médios observados, podemos afirmar que as preocupações com o peso deste grupo estão para além da normalidade.

A confirmar esta assunção estão os vários estudos, nacionais e internacionais, cujos valores da população não clínica, raramente ultrapassam os 6 pontos médios; os anorécticos restritivos (AN_R) costumam pontuar, em média, nesta subescala entre os 7 e os 11 pontos; os anorécticos-tipo purgativo (AN_B) e os bulímicos (BN), médias entre os 14 e os 15 pontos.

Na subescala BN 10,9% (60) têm pontuações iguais ou superiores a 3,85 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 7,35, dos quais 42% (25) pontuam igual ou acima de 6,47 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão), com uma pontuação média de 10,76. Estes valores apontam uma exagerada tendência para a farra e purga alimentar desta considerável parte dos inquiridos.

Este pressuposto é baseado e reforçado pela comparação com alguns estudos de importância indiscutível, que avaliaram grandes grupos de populações clínicas e não clínicas. Os resultados destes estudos apontam para as populações não clínicas resultados médios entre 1 e 2 pontos; para populações AN_R entre os 2 e os 3; para os AN_B e BN entre 8 e 12 pontos médios.

No que diz respeito à insatisfação corporal, 14% (77) têm pontuações superiores a 12,07 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 18,39. Destes, 47% (36) pontuam acima dos 18,33 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) e mediam em 21,81 na subescala IC. Esta situação é nitidamente reveladora da insatisfação da nossa população, com partes do corpo ou no seu todo, bem como de uma provável distorção da imagem corporal.

Provável, porque os estudos, nacionais e internacionais revelam que, em média, a pontuação obtida pela população “normal” não costuma superar

os 13 pontos e a população clínica os 18 (as pontuações mais elevadas são as obtidas pelos AN_B e os BN, sendo apenas referido um estudo onde os BN obtiveram pontuações mais elevadas do que as que referimos).

Para avaliar os sentimentos de inadequação, insegurança e ineficácia temos a subescala INEF, onde 12,8% (70) igualaram ou superaram os 6,89 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e apresentaram valores médios de 10,96. Deste grupo, 36,7% (26) têm pontuações iguais ou superiores a 10,75 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) e uma média de 15,64. Estes valores revelam uma baixa auto-estima e uma elevada desvalorização pessoal, por parte destes indivíduos. A confirmar esta nossa posição estão alguns estudos que indicam valores entre 1 e 3 para populações não clínicas; entre os 8 e os 11 para os AN_R e entre os 11 e os 14 para os AN_B e os BN.

Os padrões de comportamento irrealis e perfeccionismo, foram calculados através da subescala PERF. Aqui, 14,4% (79) apresentam valores superiores a 9,06 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 12,15 pontos, dos quais 35,4% (28) têm pontuações acima de 12,90 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão), com valores médios de 14,11. Tendo em atenção que a população “normal” costuma pontuar entre 3 e 6 pontos médios, os AN_R entre os 6 e os 9, os AN_B e os BN entre os 8 e os 10, podemos afirmar que esta parte da nossa amostra tem uma auto-exigência ou a solicitação aos demais de um rendimento maior do que o necessário, um perfeccionismo auto-imposto muito elevado, que nada têm a ver com as expectativas exteriores a si próprias e, por isso, traços idênticos aos das pessoas com anorexia nervosa.

Na subescala DI que mede o grau de desconfiança interpessoal, 14,6% (80) da nossa amostra têm pontuações iguais ou superiores a 6,69 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 9,16. Destes, 30% (24) têm pontuações superiores a 10,06 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) e valores médios de 14,11. Noutros estudos que envolveram populações não clínicas as médias obtidas oscilaram entre os 2 e os 3 pontos e, em populações clínicas entre os 5 e os 8. Os

números falam por si e revelam elevados níveis de desconfiança entre aqueles que compõem este grupo e os seus pares.

O dendrograma 1 mostra que na subescala CI, 16,2% (89) têm pontuação igual ou superior a 8,55 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 12,51, dos quais 34% (30) acima de 13,01 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) e apresentam valores médios de 16,38. Sabendo que a média da população “normal” tem, em vários estudos, oscilado entre os 2 e os 3 pontos médios e que os valores médios de patologia se encontram entre os 8 e os 13, é nítido que temos aqui um grupo sintomático.

Também os resultados obtidos na subescala MM foram reveladores de uma grande dificuldade, por parte deste grupo, de aceitar o crescimento, uma vez que 15,5% (85) tem pontuação igual ou superior a 10,61 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e uma média de 14,2 e destes, 38,7% (33) pontuam igual ou acima de 14,97 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) com valores médios de 17,64. Sem dúvida muito elevados, se tivermos em conta que a população dita normal não costuma a ultrapassar os 5 pontos médios e a população com patologia os 9.

A justificação que encontramos para a nítida diferença entre os valores por nós encontrados, neste subgrupo da nossa amostra e os valores apontados pelos diversos estudos por nós pesquisados é o facto de a grande maioria dos estudos não ser feito em adolescentes com menos de 18 anos.

Na subescala ASC, 11,3% (62) tem pontuação igual ou superior a 7,27 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) e produziu uma média de 10,75. Destes, 33,6% (21) têm pontuações iguais ou superiores a 10,35 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão) e uma média de 14,19, valores estes bastante mais próximos de uma população com distúrbios alimentares do que dos encontrados em populações não clínicas, nos vários estudos que observámos (aproximadamente 9 e 4, respectivamente).

A tendência para a impulsividade é aqui avaliada pela subescala RI, mostrando que 13,8% (76) da nossa amostra supera os 11,03 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) dos quais 37% (28) têm

pontuações iguais ou superiores a 16,64 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão), com médias de 16,39 e 21,11, respectivamente.

A falha do controle dos impulsos é neste subgrupo evidente e os valores aqui obtidos não têm qualquer semelhança com os estudos internacionais apresentados por GARNER (1990), que em nenhum estudo mostrou, nesta subescala, valores totais superiores a 6 pontos.

Os resultados obtidos na subescala MS revelaram que 15,3% (84) da nossa amostra pontua acima de 8,49 (média da amostra na subescala em análise + 1 desvio padrão) dos quais 27,5% (23) têm pontuações iguais ou superiores a 11,20 (média da amostra na subescala em análise + 2 desvios padrão).

A média foi para os primeiros de 10,64 e para os últimos de 13,17. Os estudos internacionais mostram médias de aproximadamente 4 para as populações não clínicas e entre 6 e 10 para populações clínicas, com valores superiores para os anorécticos.

Numa extensão deste estudo fomos conhecer como é que dentro de cada subescala se distribuía esta população e classificámo-la de acordo com os critérios enumerados no início deste ponto.

O quadro 40 mostra a contingência e o panorama das escolhas.

Quadro 40: contingência entre a classificação dos distúrbios alimentares segundo o EDI2 e as questões do QGA, que avaliam os métodos de controlo de peso e o hábito de fazer dietas

| | Como método para prevenir o aumento de peso, depois de comer, utiliza laxantes, diuréticos, exercício físico, etc.? | | | | | | | | | | |
|-------|---|--------------|----------------|--|-------------|-------------|--|--------------|---------------|--|-------------|
| | NÃO | | | | | | SIM | | | | |
| | Induz, muitas vezes, o vômito como processo de controlo de peso? | | | | | | Induz, muitas vezes, o vômito como processo de controlo de peso? | | | | |
| | NÃO | | | SIM | | | NÃO | | | SIM | |
| | faz dietas ou pensa fazê-las com frequência? | | | faz dietas ou pensa fazê-las com frequência? | | | faz dietas ou pensa fazê-las com frequência? | | | faz dietas ou pensa fazê-las com frequência? | |
| | NÃO | SIM | Total | NÃO | SIM | Total | NÃO | SIM | Total | SIM | Total |
| PAN_R | | 29 (5,3%) | 29 (5,3%) | | | | | | | | |
| PAN_B | | | | | | | | 22 (4%) | 22 (4%) | | |
| P_BN | | | | 1 (0,2%) | 4 (0,7%) | 5 (0,9%) | 9 (1,6%) | 8 (1,4%) | 17 (3%) | 5 (0,9%) | 5 (0,9%) |
| P_DA | 183 (33%) | 26 (4,7%) | 209 (38%) | | | | 22 (4%) | 8 (1,4%) | 30 (5,5%) | | |
| Total | 183 (33%) | 55 (10%) | 238 (43,3%) | 1 (0,2%) | 4 (0,7%) | 5 (0,9%) | 31 (5,6%) | 38 (6,8%) | 69 (12,5%) | 5 (0,9%) | 5 (0,9%) |
| | | | 238 | + | | 5 | + | | 69 | + | 5 |
| | | | | | | | | | | | = 317 |

Como podemos verificar, a contingência entre as questões do QGA que avaliam os métodos de controlo de peso e o agrupamento que fizemos com as subescalas do EDI2, mostra que não existe descoincidência entre ambas. Assim, podemos ler que os indivíduos com provável risco de anorexia nervosa tipo restritiva (PAN_R) são aqueles que em acumulado com valores elevados nas subescalas do EDI2 fazem dieta com frequência e que não recorrem a métodos compensatórios para controlo de peso (29, 5,2%).

Os indivíduos com provável risco de anorexia nervosa tipo purgativo (PAN_B), são aqueles que agrupam valores elevados nas subescalas do EDI2, fazem dieta e recorrem a métodos compensatórios para controlo do peso, como laxantes, diuréticos, exercício físico, etc. (27, 5,3%).

Quanto à população em risco de provável bulimia nervosa (P_BN), podemos verificar que 0,9% (5) apontam para uma bulimia nervosa purgativa, uma vez que acumulam todos os sintomas, isto é, fazem dieta, induzem o vômito, utilizam métodos compensatórios para prevenir o aumento de peso e têm elevadas pontuações no EDI2; 1,4% (8) apesar das elevadas pontuações, não recorrem ao vômito mas utilizam outros métodos compensatórios para

prevenir o aumento de peso, como fazer dieta, tomar laxantes e diuréticos, fazer exercício físico; 1,6% (9) não recorre ao vômito, nem faz dieta, mas referem tomar as outras medidas de controle de peso em análise e 0,2% (1) apresenta pontuações elevadas, recorre ao vômito mas não faz dieta nem utiliza laxantes, diuréticos, exercício físico, etc., para controle de peso. Aqueles que definimos como personalidades de risco para contraírem distúrbios do comportamento alimentar (P_DA), à excepção da indução ao vômito, espalham-se por todas as categorias (ver critérios de escolha).

O quadro 41 mostra a provável prevalência da população de risco de distúrbios alimentares, bem como das personalidades de risco para estes quadros clínicos, através do EDI2.

| | n | % | % válida |
|-----------|----------|----------|-----------------|
| PAN_R | 29 | 5,3 | 9,1 |
| PAN_B | 22 | 4,0 | 6,9 |
| P_BN | 27 | 4,9 | 8,5 |
| P_DA | 239 | 43,5 | 75,4 |
| Excluídos | 232 | 42,3 | 100.0 |
| Total | 549 | 100.0 | |

De acordo com os critérios apontados, o quadro precedente revela que é provável que 5,3% da população em estudo tenham ou desenvolvam a curto prazo uma anorexia tipo restritivo; 4% uma anorexia tipo bulímico; 4,9% uma bulimia nervosa e 43,5% tenham uma personalidade vulnerável à contracção de qualquer um destes distúrbios.

III - Discussão e Conclusão

Na análise dos resultados fomos já comentando, analisando e discutindo os dados, comparando-os com os resultados encontrados em outros estudos semelhantes. Como refere PINTO-GOUVEIA (1990), a opção pela discussão dos resultados quando da sua apresentação, serve dois propósitos: diminuir a aridez dos números e permitir um melhor acompanhamento do significado desses resultados para as questões a que se tenta responder. Estes eram, também, os nossos objectivos.

Para este capítulo, reservámos algumas considerações sobre a metodologia utilizada, a discussão e a conclusão dos resultados na sua globalidade

Ao pretendermos estudar as atitudes e os comportamentos alimentares da população normal e sua relação entre dietas e satisfação corporal, bem como identificar na população alvo a existência de Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA), tínhamos necessariamente que estabelecer um método de colheita de dados que nos permitisse uma visão alargada dos sintomas que podem estar submersos aquelas atitudes e comportamentos. Para o efeito utilizámos uma bateria de vários testes com um total de 326 questões (QGA, EDI2, EA, RSES, BDI e SCL-90R) que avaliavam tanto os dados objectivos (idade, peso, altura e sexo), como os subjectivos (aqueles que não podíamos controlar).

Comparámos, em cada escala e/ou subescalas, os indivíduos do sexo masculino com os do sexo feminino e verificámos que, enquanto as subescalas do EDI2, Tendência para Emagrecer (TE) e Insatisfação Corporal (IC), distinguem com significância estatística, os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino, pelos primeiros apresentarem médias mais elevadas, as subescalas Perfeccionismo (PERF) e Ascetismo (ASC) distinguem-nos com significância estatística pela razão inversa, deixando de se distinguir neste aspecto as subescalas Bulimia (BN), Ineficácia (INEF), Dificuldades

Interpessoais (DI), Consciência Interoceptiva (CI), Medo da Maturidade (MM), Regulação de Impulsos (RI) e Isolamento Social (MS).

Os resultados obtidos na Escala de Atitudes (EA) revelam alguma disparidade entre os *scores* médios de cada sexo, com valores mais elevados para o sexo masculino, porém, esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa. O mesmo não acontece no teste t para igualdade das médias, quer dos *scores* do Inventário Depressivo de Beck (BDI), quer dos *scores* médios da Escala de Auto-estima de Rosenberg (RSES), em que no primeiro caso estas se apresentam superiores no sexo feminino e no segundo no sexo masculino.

Tanto as subescalas quanto os índices de sintomas da lista SCL90-R revelam diferenças significativas entre os sexos, com médias superiores para o sexo feminino, à excepção do índice positivo do sintoma de angústia (IPSA), cuja diferença não apresenta significância estatística. Consideramos, ainda, que é importante realçar o facto de apesar de não existirem, em termos médios, valores superiores a 1,5 (indicador de perturbação), os elevados desvios padrão podem, à excepção da A-F para o sexo masculino, anular esta inexistência.

Chamamos a atenção para os elevados desvios padrão das escalas e subescalas em análise que, tal como as médias, devem ser lidos (e lidas) tendo em vista a igualmente elevada amplitude.

É sabido que os indivíduos com TCA têm relutância em aceitar e revelar os seus sentimentos, ora porque consideram que estão no “caminho certo”, ora porque deles se envergonham. Aceitamos esta limitação como um facto dificilmente controlável num estudo cuja metodologia de recolha dos dados seja feita por instrumentos de auto-resposta, apesar do rigor imposto na pesagem e medição da altura. Ainda relativamente aos instrumentos, parecem-nos, agora, discutível a utilização de um tão grande número de testes, uma vez que a nossa amostra era retirada da população não clínica, teria sido preferível, em vez de utilizar o RSES, BDI E O SCL-90R, criar e validar um só instrumento que contivesse as 3 dimensões patentes nestes instrumentos: auto-estima, depressão e perturbação psíquica.

Uma outra limitação foi o tamanho da amostra, nomeadamente do sexo feminino, contudo a burocracia que foi preciso ultrapassar, o tempo que as escolas nos permitiram “gastar” e a dificuldade em encontrar escolas que oferecessem condições que nos permitissem este estudo, tornaram irrealista a pretensão de estabelecer, pelo menos, o dobro da amostra em tempo limite que este estudo poderia ter.

Que nos seja permitido, contudo, salientar alguns aspectos positivos que pensamos existirem neste estudo: do nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo, feito nas escolas, cuja colheitas dos dados objectivos (peso e medição), não foi de auto-resposta. Parece-nos, também, que é um dos poucos estudos portugueses com uma amostra, relativamente equivalente em termos de sexo, uma vez que quase todos os estudos anteriores, apenas referem os dados do sexo feminino, apesar de todos os seus autores alertarem para o acréscimo de TCA no sexo masculino.

1. Características psicométricas do EDI2

O EDI2 revelou-se, na sua globalidade, um instrumento fidedigno, tal como em outros estudos (GARNER & OLMSTED, 1984; WELCH, 1988; WELCH, HALL, & NORRING, 1990; RACITI & NORCROSS (1987); VANDERHEYDEN, FEKKEN, & BOLAND, 1988; SHORE & PORTER, 1990; WELCH, 1988; WEAR & PRATZ, 1987; CROWTHER, LILLY, CRAWFORD, SHEPHERD, & OLIVER, 1990; GARNER, OLMSTEAD, BOHR, & GARFINKEL, 1982). A presente tradução de 91 itens, obteve uma consistência interna, medida pelo Alpha de Cronbach de 0,911 e uma estabilidade temporal, medida pelo método teste reteste²⁹ de 0,923. Contudo, a fidedignidade das suas subescalas, quando analisadas *per si*, apresenta coeficientes bastante mais baixos, em especial as subescalas Ascetismo (ASC) e Medos Sociais (MS), o que confirma a presunção de GARNER (1991), de que a administração de grupos de itens ou das subescalas isoladamente, podem apresentar problemas de validade e fidedignidade.

Quanto à validade deste instrumento, quando testada em populações não clínicas, os resultados são idênticos, apesar do estudo da

²⁹ Duas semanas de intervalo

dimensionalidade agrupar e distribuir os itens, segundo um padrão, por factor, de uma forma mais clara que o referido em outros estudos. De facto, dos 91 itens que compõem o EDI2, 23 (1, 2, 4, 20, 26, 34, 35, 36, 40, 47, 54, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 81, 84, 87 e 91) têm correlação com o factor a que pertencem inferior a 0,4. Ora, de acordo com COHEN & HOLLIDAY (1982), uma correlação, depois de aritmeticamente arredondada, inferior ou igual a 0,19 é muito baixa, de 0,20 a 0,30 é baixa, entre 0,40 e 0,69 é moderada, de 0,70 a 0,89 é alta e de 0,90 a 1 é muito alta. Assim, consideramos que uma correlação do item com o factor inferior a 3,5 não é desejável, pelo que propomos a revisão destes itens.

A melhor saturação factorial conseguida foi a de 9 factores ortogonais, que mesmo após rotação varimax dos eixos, apenas conseguimos que explicasse 40% da variância (valores próprios superiores a 1).

Desta análise observámos um padrão de itens que distribuíram as 11 subescalas por 9 dimensões da seguinte forma: preocupações com o peso (TE) e insatisfação corporal (IC) no 1.º factor; as subescalas regulação de impulsos (RI) e ascetismo (ASC) no 2.º factor; as subescalas medos sociais (MS) e desconfiança interpessoal (DI) no 3.º factor; a subescala consciência interoceptiva (CI) no factor 4; a subescala bulimia (BN) no 5.º factor; a subescala ineficácia (INEF) no 6.º factor; a subescala perfeccionismo (PERF) no factor 7 e a subescala medos da maturidade (MM) no 8.º factor.

O 9.º factor não conseguiu explicar nenhuma subescala em particular, porém uma solução forçada a 8 factores revelou-se menos clara, pelo que considerámos a rotação de 9 factores a melhor solução factorial.

2.- Índice de Massa Corporal (IMC)

Na nossa amostra, 8,6% dos inquiridos têm um peso igual ou inferior a 17,5 kg/m² de Índice Massa Corporal (IMC), dos quais 42,6% são do sexo masculino e 57,4% do sexo feminino. Com IMC entre 17,5 e 20 kg/m² encontrámos 35,5%, destes 33,8% são rapazes e 66,2% raparigas. Com um IMC superior a 20 e inferior a 22,5 kg/m² observámos 35% dos inquiridos,

onde os rapazes obtiveram 42,7% dos registos e as raparigas 57,3%. Com IMC entre 22,5 e 25 kg/m², obtivemos 14,6% dos quais 48,8% são rapazes e 51,2%. Por fim, com um IMC superior a 25 kg/m² encontrámos 6,4% da amostra, sendo 48,6% rapazes e 52,4% raparigas.

A média do peso é de 61 kg e da altura de 1,70, pelo que registámos um IMC médio de 20,7 (20,9 nos rapazes e 20,6 nas raparigas).

A avaliação do IMC mostrou que existiam, significativamente, mais raparigas do que rapazes com tendência para a magreza e que, relativamente à tendência para a obesidade (IMC superior a 25), não existem diferenças de IMC entre os sexos.

A maioria dos rapazes situaram-se entre os 20 e os 22,5 kg/m² e a maioria das raparigas no índice 17,5 a 20 kg/m². Esta situação, pode ter a ver com os papéis esperados por ambos os sexos, isto é, robustez para os rapazes e fragilidade para as raparigas.

3.- Preocupações com o peso

Na nossa amostra, 34,4% dos rapazes e 58,2% das raparigas têm preocupações elevadas com o peso.

A análise dos resultados mostrou que a idade do começo com preocupações com o peso, vai desde a infância até aos adultos jovens, com tendência para começar mais cedo nos rapazes para depois essa tendência ir diminuindo. Ao estudarmos a idade do início das preocupações com o peso, verificámos que antes da adolescência (até aos 12 anos) existe uma maior percentagem de rapazes do que raparigas com essa preocupação. Com o início da adolescência (12-13 anos) esta relação inverte-se começando, nessa altura, a haver uma percentagem superior de raparigas do que de rapazes que se preocupam mais com o peso. Estes resultados estão de acordo com o que tem sido encontrado em outros estudos, de que, durante a adolescência, há uma

maior preocupação com o peso por parte das raparigas do que dos rapazes (PINTO-GOUVEIA, em publicação).

Um outro aspecto que enuncia as preocupações com o peso é a redução da ingestão de alimentos. Para analisar esta questão recorremos aos itens 32, 38 e 41 do QGA, à subescala TE do EDI2 e verificámos que é o sexo feminino aquele que mais reduz a ingestão de alimentos e, por consequência, aquele que se descontrola com mais frequência, aumentando as preocupações com o peso à medida que aumenta o número de vezes que se descontrolam. A análise desta questão permitiu-nos, igualmente, verificar que as mulheres que têm maiores preocupações com o peso são aquelas que referem menos falta de controlo. Com os homens acontece o inverso, isto é, os rapazes que assinalam que comem muito para além da satisfação da fome, revelam menos preocupações com o peso do que as raparigas que referem o mesmo comportamento. Relativamente à realização de dietas (item 41 do QGA), verificámos que os rapazes que fazem dieta estão significativamente menos preocupados com o peso do que as raparigas que as fazem.

A análise entre o IMC e a TE mostrou que as preocupações aumentam à medida que o IMC aumenta sendo, também, esta relação TE/IMC sempre superior nas raparigas.

4.- Insatisfação corporal

Na nossa amostra, 7,4% estão insatisfeitos com o corpo, dos quais 66% são raparigas e 34% rapazes. Dos 26% que se apresentam satisfeitos, 39% são raparigas e 61% rapazes. Com efeito, os resultados permitem-nos dizer que o grau de insatisfação corporal é superior nas raparigas, uma vez que 82,8% das raparigas pontuam positivamente na subescala do EDI2 que mede a insatisfação corporal (IC) contra os 39,7% dos rapazes que pontuam da mesma forma.

A avaliação da insatisfação corporal foi feita através de diversos indicadores: o cálculo dos *scores* da subescala IC do EDI2, o cálculo do índice positivo do sintoma da IC e o item 52 do QGA. Desta análise verificámos diferenças significativas na distribuição dos valores da insatisfação corporal por sexo, em que as raparigas tinham maior insatisfação corporal que os rapazes, independentemente do indicador utilizado.

4.1. Relação entre Insatisfação Corporal e Peso

Um outro aspecto que influencia a satisfação corporal e que não está directamente relacionada com o peso é a constituição física percebida, avaliada, no nosso estudo, pelo item 11 do QGA, através do qual verificámos que a insatisfação corporal aumenta nos indivíduos com constituição física de maiores dimensões, sendo a constituição física larga aquela que se diferencia superiormente na insatisfação corporal (IC do EDI2) média, uma vez que, tanto as raparigas como os rapazes que percebem a sua constituição física como larga obtêm médias, na subescala IC, mais elevadas.

Nas raparigas, a insatisfação corporal aumenta no mesmo sentido que o IMC, isto é, quanto maior é o IMC maior é a IC. Nos rapazes, o padrão é o mesmo. Uns estão insatisfeitos porque têm peso a mais e outros porque têm peso a menos.

5.- Comportamentos alimentares

Na nossa amostra, 19,3% (105) referem fazer dietas com frequência, dos quais 15,2% (16) são do sexo masculino e 84,8% (89) do sexo feminino. Verificámos também, tal como os estudos epidemiológicos apontam (WHITAKER & cols., 1989), que a utilização de laxantes, diuréticos e exercício físico com o objectivo de controlar o peso, a classificação dos alimentos em "bons" ou "maus, a ocultação da ingestão, e a realização de dietas, obtém no género feminino as frequências mais elevadas. O nosso estudo confirma estes dados

Relativamente aos episódios de ingestão compulsiva, 6,8% da nossa amostra apresenta este sintoma, dos quais 57% são rapazes e 43% raparigas. Para avaliar estes comportamentos recorreremos aos itens 38 e 53 do QGA, recodificados, que mostram quem tem ou assume com mais frequência este comportamento: os rapazes. Este facto, pode ser justificado pelas menores preocupações dos indivíduos do sexo masculino com o peso corporal, (PINTO-GOUEIA, em publicação), o que se verificou numa análise à *posteriori* em que cruzámos a variável "como até não poder mais", por sexo com a subescala que avalia as preocupações com o peso.

5.1. Relação entre ingestão compulsiva, dietas, preocupações com o peso e insatisfação corporal

Sabendo que a realização de dietas (item 41 do QGA) se relaciona com as preocupações com o peso ($r=0,570$ $p=0,000$), fomos analisar como é que as médias da subescala TE do EDI2 se distribuem pelos 4 grupos em análise: rapazes que não fazem dieta (1), raparigas que não fazem dieta (2), rapazes que fazem dieta (3), raparigas que fazem dieta (4). O resultado da Anova e do Post-Hoc (Scheffé) mostrou que, à excepção da interacção entre os rapazes e as raparigas que não fazem dieta, todas as outras interacções são significativas, com especial relevância para a diferença entre as médias dos rapazes que fazem dieta e as raparigas que também as referem fazer com valores mais baixos para os primeiros.

Os resultados mostraram, ainda, que dos indivíduos que em simultâneo fazem dieta e têm episódios de ingestão compulsiva, 60% são raparigas e 40% são rapazes. Contudo, quando analisámos como se distribuem estes comportamentos alimentares, dentro de cada sexo, foi possível verificar que na nossa amostra, os rapazes que fazem dieta são também os que registam a maior percentagem de episódios de ingestão compulsiva.

Para avaliar a questão titulada, recorreremos aos itens 4, 38, 41 e 53 do QGA. A sua análise mostrou que 75,5% dos respondentes não fazem dieta nem sofrem de episódios de ingestão compulsiva; 1,8% referem agrupar os dois sintomas e os restantes 22,7% referem ter apenas um dos sintomas (5,1% sofrem de ingestão compulsiva mas não fazem dieta e 17,6% fazem dieta mas não sofrem de ingestão compulsiva). Relativamente à distribuição por sexos são as raparigas o género que apresenta maior frequência de sintomas.

Para conhecer o grau de associação entre os episódios de ingestão compulsiva (itens 38 e 53, do QGA, recodificados) e a realização de dietas por sexo (item 41 e item 4 do QGA) recorreremos ao coeficiente de contingência de Pearson (C de Pearson)³⁰, entre ambos. Os resultados mostraram que, apesar da significância estatística ser probabilística, a associação das variáveis em estudo é muito fraca. Contudo, confirmámos, uma vez mais, que na nossa amostra, são os rapazes que, quando fazem dieta, registam a maior percentagem de episódios de ingestão compulsiva.

No que diz respeito à relação entre episódios de ingestão compulsiva e as preocupações com o peso podemos verificar, apesar das raparigas que sofrem de ingestão compulsiva estarem mais preocupadas com o peso do que os rapazes que referem os mesmos episódios, que não existem diferenças significativas entre estes dois grupos, contudo o teste gráfico 5 confirmou que mesmo sem episódios de ingestão compulsiva são as raparigas da nossa amostra que se apresentam significativamente mais preocupadas com o peso.

No que se refere à insatisfação corporal medida pela subescala do IC do EDI2, observámos que ela é superior nos indivíduos que têm episódios de ingestão compulsiva, existindo diferenças estatisticamente significativas entre

³⁰ Coeficiente indicado para comparar variáveis nominais

os sexos, com as raparigas a revelarem maior insatisfação, quer tendo ou não ingestão compulsiva.

Tal como a insatisfação corporal, também as preocupações com o peso medidas pela subescala TE do EDI2, associadas aos episódios de ingestão compulsiva, aumentam nos indivíduos que referem ter este tipo de comportamento, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, com as raparigas a revelarem maiores preocupações com o peso, quer referindo ter, ou não ter episódios de ingestão compulsiva.

A situação acentuou-se mais quando agrupámos episódios de ingestão compulsiva com dietas e as comparámos com a insatisfação corporal e as preocupações com o peso. Com efeito, as diferenças mostraram-se bastante significativas, sendo os rapazes que não sofrem de ingestão compulsiva os que aparecem significativamente menos insatisfeitos com o corpo do que as raparigas na mesma situação e do que as raparigas que apresentam aquele sintoma, sendo que estas últimas também apresentam valores superiores de insatisfação corporal aos das raparigas que não apresentam sintomas de ingestão compulsiva.

São, também, os rapazes que não sofrem de ingestão compulsiva, os que estão significativamente menos preocupados com o peso do que as raparigas na mesma situação e do que as raparigas que apresentam aquela preocupação, sendo que estas últimas desejam mais o emagrecimento do que as raparigas que não apresentam sintomas de ingestão compulsiva.

Os nossos dados estão de acordo com a literatura sobre os distúrbios alimentares que asseguram que estes transtornos aparecem, na grande maioria das vezes, nos indivíduos com preocupações excessivas com o peso e insatisfação corporal acentuada, em especial nas raparigas. (FAIRBURN, 1984; HSU, 1990, HERSCOVICI, 1997, PINTO-GOUVEIA, 2000).

6. Comportamentos Alimentares e Psicopatologia

No sentido de sabermos se a realização de dietas com frequência está associado a alguma ou algumas psicopatologias, comparámos o item 41 do QGA com as escalas que avaliam a saúde mental/ psicopatologia dos indivíduos.

Os resultados mostraram que os indivíduos que assumem fazer dietas com frequência têm índices de perturbação psíquica mais elevados quando avaliada pela lista SCL-90R.

Assim, tanto as raparigas que fazem dieta com frequência como os rapazes, manifestaram perturbação quer no ISG como nas restantes subescalas, à excepção das subescalas ansiedade fóbica (A-F) e psicotismo (PSI).

Com efeito, os resultados mostram que as médias do SCL-90R diferem consoante as categorias em que se situam os indivíduos, com aparente relevância para a ideação paranóide nos rapazes que fazem dieta.

Somatização e Dietas

A comparação entre a subescala SOM e a realização de dietas por sexo, mostrou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelas raparigas que fazem dieta e as que não fazem, com valores superiores para as que pensam ou fazem dietas com frequência. Valores igualmente significativos são as médias entre os rapazes e as raparigas que não fazem dieta, sendo estas últimas as que apresentam médias de somatização superiores. É ainda de referir que, apesar de não existirem diferenças significativas nas médias da SOM entre os rapazes que não fazem dietas e aqueles que as fazem, a situação inverte-se quando comparamos as médias dos primeiros com as das raparigas que fazem dietas, cujas médias apresentam nítida superioridade estatística.

Obsessão-Compulsão e Dietas

As interacções e respectivos níveis de significância entre a subescala Obsessão-Compulsão (O-C) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo mostraram que, tal como na SOM, também as raparigas que fazem dietas apresentam valores médios na O-C significativamente mais elevados que aquelas que não as fazem.

Quanto à interacção do sexo masculino com o sexo feminino, podemos verificar que as diferenças entre as médias apenas se verificam entre os rapazes que não fazem dieta e as raparigas que as fazem.

Ora, se em situações normais os rapazes são menos obsessivos que as raparigas, este facto pode tornar-se uma variável parasita que interfere na relação entre as médias dos rapazes que fazem dietas e as raparigas que não as fazem, uma vez que, apesar da média dos primeiros aumentar, teria que disparar substancialmente para se tornar significativa. Como não temos dados normativos para pesar estas categorias, fica apenas o alerta.

Sensibilidade Interpessoal e Dietas

Os valores da subescala Sensibilidade Interpessoal (S-I) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo mostram que os rapazes obtêm médias significativamente inferiores às raparigas no que diz respeito à S-I, nas situações em ambos que referem não fazer dieta. Quanto às raparigas que fazem dieta, revelam uma sensibilidade interpessoal significativamente mais perturbada do que os indivíduos que não fazem dieta, sejam do sexo feminino ou do sexo masculino.

Depressão e Dietas

As médias da subescala Depressão (DEP) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo mostram que as raparigas que fazem dieta têm valores significativamente superiores quer às raparigas, quer aos rapazes que não

fazem. As diferenças são igualmente significativas entre os rapazes que não fazem dietas e aqueles que as fazem.

Ansiedade e Dietas

As interações e respectivos níveis de significância entre a subescala Ansiedade (ANS) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo, permitiram-nos observar que são os rapazes aqueles que obtêm médias significativamente inferiores nas situações em que ambos os sexos referem não fazer dieta. Quanto às raparigas que fazem dieta, apresentam níveis de ansiedade significativamente mais perturbada do que os indivíduos que não fazem dieta, independentemente do género.

Hostilidade e Dietas

Os resultados da análise que compara as médias da subescala Hostilidade (HOS) do SCL-90R com os indivíduos de ambos os sexos, quando estes confirmam ou infirmam a realização de dietas, mostraram que as raparigas da nossa amostra que referem fazer dieta são significativamente mais hostis que os indivíduos que não as fazem, independentemente do sexo.

Ansiedade Fóbica e Dietas

A análise das médias da subescala Ansiedade Fóbica (A-F) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo, permitiu-nos observar que as raparigas que faziam dietas apresentaram maiores níveis da psicopatologia em análise no gráfico anterior, do que os restantes grupos.

Ideação Paranóide e Dietas

Relativamente à comparação entre a Ideação Paranóide (I-P) do SCL-90R e a realização de dietas por sexo, pudemos verificar que ao contrário do que tem acontecido nas comparações anteriores, são os rapazes que fazem dieta,

aqueles que apresentam maiores níveis de I-P, sendo significativa a diferença entre estes e os que referem não fazer dietas. Com efeito, no caso da ideação paranóide (I-P) – que representa um modo de pensamento alterado como desconfiança, grandiosidade, egocentrismo e actividade delirante – são os rapazes que obtêm valores médios, significativamente mais elevados.

Psicotismo e Dietas

Relativamente à relação entre Psicotismo (PSI) do SCL-90R e realização de dietas por sexo, pudemos constatar que as raparigas que fazem dieta são aquelas que apresentam médias de psicotismo significativamente superiores aos restantes grupos em análise.

Índice de Severidade Global e Dietas

Relativamente ao Índice de Severidade Global (ISG) do SCL-90R e respectiva relação com a realização de dietas por sexo, os dados confirmam os resultados anteriores, mostrando uma vez mais que são as raparigas que fazem dietas aquelas que apresentam médias de psicopatologia superiores relativamente aos grupos que não as fazem.

Por fim, para sabermos qual dos grupos assinala, positivamente, mais itens, o que traduz maior perturbação, bem como qual dos grupos obtém mais sintomas positivos de angústia, fomos avaliar o Sintoma Positivo Total (SPT) e o Índice Positivo do Sintoma de Angústia em função dos quatro grupos em análise.

Sintoma Positivo Total e Dietas

As raparigas que referiram fazer dieta, foram aquelas que assinalam maior número de sintomas, diferindo estatisticamente dos grupos que referem não fazer dietas. As diferenças entre as médias da subescala SPT e a

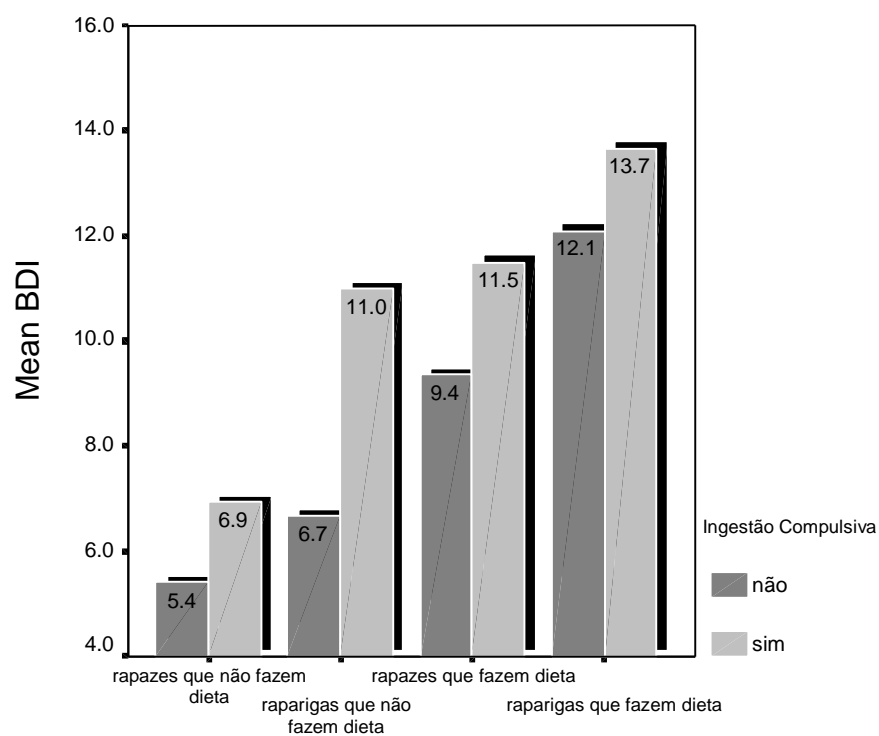
realização de dietas mostram, igualmente, diferenças significativas entre as raparigas e os rapazes que não realizam dietas.

Índice Positivo do Sintoma de Angústia e Dietas

Os resultados das interações entre o Índice Positivo do Sintoma de Angústia e Dietas, grupos aqui em análise, mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Contudo, na prática, podemos observar que existem diferenças bastante elevadas na nossa amostra entre os rapazes que fazem dietas e os restantes grupos, sendo os primeiros aqueles que apresentam os mais elevados sintomas de angústia.

Relação entre Distúrbios Alimentares e Depressão

Tal como os diversos estudos apontam, os indivíduos cujo estado de humor depende daquilo que comeram, são vulneráveis à depressão. Neste sentido comparámos os valores obtidos no inventário BDI com a realização de dietas (item 41 do QGA) e a ingestão compulsiva (itens 38 e 53 do QGA, recodificados). O teste gráfico que se segue ilustra os resultados obtidos.



Como podemos observar, na nossa amostra, os indivíduos que fazem dieta e têm episódios de ingestão compulsiva, têm tendência para humores depressivos, em especial as jovens.

7. População em Risco e Prevalência dos TCA

Anorexia Nervosa

Os resultados mostram que, no nosso estudo, a prevalência da AN é de 0,5% e em termos de género é de 0,6% para o sexo feminino e de 0,4% para o sexo masculino.

Para recordar:

| | | |
|-----------|--|--|
| 8,6% (47) | 8,9% (20) dos rapazes 8,3% (27) das raparigas | IMC inferior ou igual a 17,5 |
| 1,8% (10) | 1,3% (3) dos rapazes 2,2% (7) das raparigas | têm IMC inferior ou igual a 17,5 medo intenso de engordar |
| 0,9% (5) | 0,4% (1) dos rapazes 1,2% (4) das raparigas | têm IMC inferior ou igual a 17,5, medo intenso de engordar perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam |
| 0,5% (2) | 0,4% (1) dos rapazes 0,6% (2) das raparigas | IMC inferior ou igual a 17,5 medo intenso de engordar perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam a forma e o peso do corpo são anormalmente encarados |
| 0,5% (2) | 0,4% (1) dos rapazes 0,6% (2) das raparigas | IMC inferior ou igual a 17,5 medo intenso de engordar perda de peso imposta pela recusa de alimentos que engordam a forma e o peso do corpo são anormalmente encarados apresentam sintomas purgativos. |

A prevalência da AN encontrada no nosso estudo é, para o sexo feminino, inferior à apontada na maioria dos estudos internacionais europeus e norte-americanos, contudo superior à encontrada por CRISP (0,46%) em 1976 nas escolas londrinas.

No caso dos rapazes a situação é idêntica à descrita por WHITAKER e cols., em 1989 (0,4%). Segundo GARFINKEL (1993) a prevalência deste distúrbio é de aproximadamente 1%; segundo a ACSH (1999), 0,1 a 0,6

desenvolvem AN; na DSMIII-R (1987) varia entre 1,1% a 1,8% e na DSMIV (1994) varia entre 0,5 a 1%. Contudo, em Portugal, os valores da prevalência da AN têm sido mais baixos, rondando os 0,4% (CARMO e cols., 1994).

Curioso é que todos estes estudos tenham sido, na sua maioria, feitos em populações femininas e que sobre o sexo masculino apenas se informe que dos pacientes com transtornos alimentares apenas 5 a 10% são homens, como se o facto destes não procurarem as consultas de comportamento alimentar fosse sinónimo de inexistência de distúrbio.

Situações de doença parcial ou subclínica

O nosso estudo remete para uma prevalência de 0,3% (1) das raparigas que reúnem todos os critérios para AN à excepção do peso, que neste caso apresenta um IMC entre os 20 e os 22,5. No caso dos rapazes reúnem todos os critérios da AN à excepção do peso 2,2% (5) e destes 40% (2), referem diminuição da libido. Por fim 7,7% (25) reúnem todos os critérios para AN à excepção do peso e da amenorreia

Bulimia Nervosa

Os resultados mostram que, no nosso estudo, a prevalência da BN é de 1% e em termos de género é de 1,2% para o sexo feminino e de 0,9% para o sexo masculino.

Para recordar:

| | | |
|-------------|---|--|
| 91,4% (502) | 91% (204) dos rapazes 92% (298) das raparigas | IMC superior a 17,5 |
| 24% (132) | 13,4% (30) dos rapazes 44,7% (102) das raparigas | IMC superior a 17,5 descontrola-se duas ou mais vezes por semana, |
| 3,8% (21) | 3,6% das rapazes 4% das raparigas | IMC superior a 17,5 descontrola-se duas ou mais vezes por semana, ingerem quantidades de alimentos bastante superiores ao que seria normal (até não poderem mais) |
| 1,5% (8) | 1,8% (4) dos rapazes 1,2% (4) das raparigas | IMC superior a 17,5 Descontrolam-se na ingestão de alimentos mais de duas vezes por semana, ingerem quantidades de alimentos bastante superiores ao que seria normal (até não poderem mais) apresentam comportamentos compensatórios de purga |
| 1% (6) | 0,9% dos rapazes 1,2% das raparigas | IMC superior a 17,5, Descontrolam-se na ingestão de alimentos mais de duas vezes por semana, ingerem quantidades de alimentos bastante superiores ao que seria normal (até não poderem mais) descontentes com o tamanho e forma do corpo |
| 1% (6) | 0,9% dos rapazes 1,2% das raparigas | IMC superior a 17,5, Descontrolam-se na ingestão de alimentos mais de duas vezes por semana, ingerem quantidades de alimentos bastante superiores ao que seria normal (até não poderem mais) descontentes com o tamanho e forma do corpo baixa auto-estima (inferior à média menos um desvio padrão) |

Os vários estudos têm mostrado que a BN é duplamente mais frequente que a AN; também no nosso estudo essa relação se verifica, contudo, em termos de prevalência, posicionamo-nos nos limiares mais baixos já que a

prevalência deste distúrbio nos estudos internacionais tem variado entre 1% e 4%.

Situações de doença parcial ou subclínica

O nosso estudo remete para uma prevalência de 3,8% (21) que reúnem todos os critérios da BN à exceção do sentimento de perda de controle da ingestão alimentar que se reporta a 4% (13) raparigas e 3,4% (8) dos rapazes.

No caso da ingestão compulsiva 0,9% (5) da amostra reúne todos os critérios, que em termos de sexo equivale a 1,2% (3) das raparigas e 0,4% (2) dos rapazes.

Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (SOE)

Após a análise da diversa sintomatologia que compõe o quadro clínico dos SOE, pudemos concluir que a prevalência total das situações subclínicas é de 10,4% (57) e por sexos de 13%(42) para o sexo feminino e 6,7% (15) para o sexo masculino.

Para recordar:

| | |
|------------------------|--|
| 0,3% (1) das raparigas | reunem todos os critérios para AN à exceção do peso, que neste caso apresenta um IMC entre os 20 e os 22,5 |
| 2,2% (5).dos rapazes | reunem todos os critérios da AN à exceção do peso e de destes 40% (2), referem diminuição da libido |
| 7,7% (25) | reunem todos os critérios para AN à exceção do peso e da amenorreia |
| 3,8% (21) | |
| 4% (13) das raparigas | reunem todos os critérios da BN à exceção do sentimento de perda de controle da ingestão alimentar |
| 3,4% (8) dos rapazes | |
| 0,9% (5) | |
| 1,2% (3) das raparigas | reunem todos os critérios da ingestão compulsiva |
| 0,4% (2) dos rapazes | |

Com um peso normal, período menstrual ausente, ocasional ou sem terem atingido a menarca, mas descontentes com o peso e a forma corporal, com comportamentos compensatórios para controle de peso, a fazer dieta e medo intenso de engordar, não existe nenhuma rapariga. Quanto às raparigas que preenchem todos os critérios para AN, mas não sofrem de amenorreia,

também não se observou nenhum caso. Com efeito, a partir da variável que atesta da insatisfação com o corpo até à amenorreia, verificam-se sempre os mesmos casos. Esta situação parece-nos óbvia, uma vez que IMC muito baixos levam à amenorreia, pelo que não é fácil encontrar uma jovem que reúna todos os critérios para a AN e tenha períodos menstruais regulares.

Bibliografia

- ABERASTURY, A. & cols. (1986) *A adolescência*. 4.^a edição, Artes Médicas, Porto Alegre.*
- ABRAHAM, S.F. & BEAUMONT, P.J. (1982) How patients describe bulimia nervosa or binge eating. *Psychological Medicine*, 12.*
- ABRAHAM, S.F. & MIRA, M. & BEAUMONT, P.J. & SOWERBUTTS, T.D. (1983) Eating Behaviors Among Young Women. *Med J Aust*, 2.
- AJURIAGUERRA, J. (1976) *Manual de Psiquiatria Infantil*. Toray-Masson, Barcelona.
- ALLEY, T. R. (1991) Visual detection of body weight change in young women. *Perceptual and Motor Skills*, 73.*
- AMADO, G. (1987) La crise d'adolescence, modele pour la psychopathologie. *La Psychiatrie de l'enfant*, vol XXX 2.*
- AMERICAN COUNCIL ON SCIENCE AND HEALTH (1999) Consuming Disorders: <http://www.acsh.org/>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* 3.^a edição. APA Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R* 3.^a edição Revised. APA Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* 4.^a edição., APA Washington, D.C.

- AMES-FRANKEL J, MICHAEL J, DEVLIN MD ET AL. (1992) Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment. *J Clin Psychiatr*, 53 (3)*
- ANATRELLA, T. (1990) Interminables adolescence". 4^a edition, *Colec. Éthique et Société*. Paris*
- ANZIEU, D. (1974) *Le Moi peau*. Nouvelle Revue Psychologie, 9. 195-208
- ANZIEU, D. (1985) *Le Moi peau*. *Colec. Dunod*. Bordas. Paris.*
- APFELDORFER, G. (1995) *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Biblioteca Básica de Ciencia e Cultura. Instituto Piaget.
- ARCHINARD, M. (1989) Le boulimie nerveuse: quelques aspects cliniques. rev. semest. *Confrontation Psychiatrique*, 31.*
- ASARNOW, JR. & CARLSON, GA. (1985) Depression self-rating scale: utility with child psychiatric inpatients. *J Consult Clin Psychol*. 3.*
- BASTIANI, AM. & RAO, R. & WELTZIN, T. & KAYE, WH. (1995) Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 17 (2)*
- BEARY, MD. & LACEY, HJ. & MERRY, J. (1986) Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *British Journal of Psychiatry* ; 81.*
- BECK, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BEMPORAD, J.R. (1996) Self-starvation through the ages: reflections on the prehistory of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 19(3)*
- BEMPORAD, J.R. (1997) Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theory Med*. 18(4) *

-
-
- BLOS, P. (1962) In LEMAY, M. (1988) *psychopathologie juvénile: Les désordres de la conduite chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Edition Fleurus*.
- BOUÇA, D. & SAMPAIO, D. & DIAS-CORDEIRO (1992) *A anorexia nervosa e a investigação em psicossomática*. Acta médica portuguesa; 5
- BRACONNIER, A. (1987) La menace dépressive: une transformation à l'adolescence de l'angoisse de séparation. rev. sem. *Confrontation Psychiatriques*. 29.*
- BROWN, T.A. & CASH, T.F. & MIKULKA, P.J. (1990) Attitudinal Body-Image Assessment: factor Analysis of the Body-Self Relations Questionnaire *Journal of Personality Assessment*, 55.*
- BROWNELL, K.D. & FAIRBURN, C.G. (1995) *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press,.*
- BRUCH, H. (1973) Cit in Apfeldorfer G. (1995) *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Biblioteca Básica de Ciencia e Cultura. Instituto Piaget
- BRUCH, H. (1962) *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. *Psychosomatic Medicine* ; 24.*
- BRUCH, H. (1966) *Anorexia nervosa and its differential diagnosis*. J Nervous Mental Diseases 141. *
- BRUCH, H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: basic Books.
- BRUCHON _SCHWEITZER, M. (1990) *Une psychologie du corps*. Paris PUF
- BRUCHON -SCHWEITZER, M. (1987) L'Image du corps de 10 à 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C. *Bulletin de Psychologie* tome XL_Nº 382

- BRUSSET, B. (1985) *L'anorexia mental des adolescents* Traité de Psychitrie de l'enfant et de l'adolescent. S. Lebovici; R. Diatkine; M. Soulé. P.U.F. Paris.*
- BUNNELL, D.W. & SHENKER, I.R. & NUSSBAUM, M.P. & JACOBSON, M.S. & COOPER, P. & PHIL, D. (1990) Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. *Int J Eating Disorders*;9. *
- BÜRGIN, D. (1988) Répercussions de la puberté sur la relation père- fils" rev. semest. *Confrontations Psychitriques* n.º 29.*
- BUTOW, P. & BEIMONT, P. & TOUYZ, S. (1993) Cognitive processes in dieting disorders. *Int J. Eat. Disorders*.
- CAHN, R. (1987) La psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui". in rev. sem. *Confrontations Psychiatriques*. nº 29.
- CAMPOS, B.P. e cols. (1990) *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* vol. I, II. Universidade Aberta.
- CANESTRARI, P. e cols. (1980) L' image du corp chez l' adolescent. *review Neuropsychiatrie de l' enfant*. nº 28.
- CANTWELL, D. & STURZENBERGER, S. & BURROUGHS, J. e cols. (1977) Anorexia nervosa: an affective disorder? *Arch Gen Psychiatr*. 34.*
- CAREY, M.P. & FAULSTICH, M.E. & GRESHAM, F.M. & RUGGERIO, L. & EYNART, P. (1987) Children's depression inventory: construct and discriminant validity across clinical and non-referred (control) populations. *J Consult Clin Psychol* ;55. *
- CARMO, I. & cols. (1990) In *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens*. Porto: Edinter
- CARMO, I. (1997) *Magros, gordinhos e assim-assim: perturbações alimentares dos jovens*. Porto: Edinter

-
-
- CARMO, I. (1994) *A vida por um fio*. Lisboa: Relógio d'água.
- CARROLL, J.M. & TOUYZ, S.W. & BEAUMONT, P.J. (1996) Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *Int. J Eating Diseases*. 19 (2)*
- CASH, T.F. & BROWN, T.A. (1990) Body image or body images? Comparative, multidimensional assessment among college students. *in Journal of Personality Assessment*, 54 (1-2)*
- CASH, T.F. & DEAGLE, E.A. (1997) The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimian nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 22.*
- CASH, T.F. e cols (1991) New assessments of weight-related body image derived from extant instruments. *Perceptual and Motor Skills*. 73.*
- CASH,T.F. & GREEN,G. (1986) Body weight and body image among college women: perception,cognition and affect. *Journal of Personality Assessment*,50, 2.*
- CASH, T.F. & PRUZINSKY. (1990) *Body images: development, Deviance and change*. New York, London, The guilford Press
- CASPER, R.C. & HEDEKER, D. & MCCLOUGH, J.F. (1992) Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31 (5)*
- CASTILLO, R.J. (1997) *Eating disorders. In: Culture and Mental Illness: A Client-Centered Approach*. Castillo RJ, ed. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole Publishing Co. *
- CATHÉBRAS, P. & FAYARD, L. & ROUSSET, H. (1991) L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? *Review Med Interne*. 12
- CÉLERIER, M-C. (1989) *Corps et fantasme*. Edit. Dunod. Paris.

- CHANDARANA, P. & HELMES, E. & BENSON N. (1988) Eating attitudes as related to demographic and personality characteristics: a high school survey. *Can J Psychiatry*.33. *
- CLAES, M. (1990) *Os problemas da Adolescência*. Edições Verbo. 2ª edição Lisboa.
- CLARK, D.A. & FELDEMAN. & CHANNON, S. (1989) Dysfunctional thinking in anorexia and bulimia nervosa. *Cognitive therapy and research*.13
- CLARKE, M.G. & PALMER, R.L. (1983) Eating attitudes and neurotic symptoms in university students. *Br J Psychiat*.142.*
- COHN, L. & ADLER, N. & IRWIN, C. & MILLSTEIN, S. & KEGELES, S. & STONE, G. (1987) Body-figure preferences in male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. *
- COOPER, P.J. & TAYLOR, M.J. & COOPER, Z. & FAIRBURN, C.G. (1987) The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6.*
- COOPER, M.J. & FAIRBURN, C.G. (1993) Demographic and clinical correlates of selective information processing in patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*.
- CORMAN, L. (1975) *Narcissisme et Frustration d' amour*. Dessart et Mardaga, Bruxelas.*
- CORREIA, M. (1991) Autopercepção e auto-estima em crianças com repetência do 1.º ciclo do ensino obrigatório. *In psicologia*. vol. VIII 1, 45-55.
- CORREIA, M. (1994) Autopercepção e auto-estima em crianças com repetência do 1.º ciclo do ensino obrigatório. Contributo para uma revisão crítica do tema. *In psicologia*. vol. IX 3, 391-401.

-
-
- CRAMMER, B. (1977) Vicissitudes de l' investissement du corps: simp-tomes de conversion en periode pubertaire rev. La *Psychiatrie de l' Enfant*. vol. XX 1. P.U.F*
- CRISP, A.H. & PALMER, R.L. & KALUCY, R.S. (1976) How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Brit J Psychiatry*, 128
- DANCYGER, I.F. & GARFINKEL, P.E. (1995) The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psycholgical Medicine*. 25. *
- DELUX, A. e cols. (1985) *La crise de l'Adolescence*. Edit. Denoel.*
- DEROGATIS. e cols. (1971) Neurotic symptom dimensions and perceived by psychiatrists and patients of various social classe. *Archives of General Psychiatry*
- DEROGATIS. e cols (1983) Symptom Check List 90 Revised manual. Towson, MD: *Clinical Psychometric Research*.
- DESMOND, S.M. e all. (1986) The Etiology of Adolescents' Perceptions of their. *Journal of Young and Adolescence*, vol.15, No.6,1986
- DIET AND NUTRITION (1989) Dorling kindersley Ltd.*
- DOLAN, B. (1991) Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: a review. *Int J Eating Diseases*. 10.*
- DOLTO, F. (1984) *L'image inconsciente du corps*. Paris: Editions du Seuil
- DORNBUSH, S.M. & CARLSMITN, J.M. & DUNCAN, P.D. & GROSS, R.P. (1984) Sexual Maturation, social class and the disire to be thin among adolescent females. *Developmental and behavioral Pediatrics*.

- DRITSHEL, B. & WILLIAMS, K. & COOPER, P.F. (1991) Cognitive distortions amongst women experiencing bulimic episodes. *Int J. Eat. Disorders*.
- DWYER, J.T. & FELDMAN, J.J. & MAYER, J. (1967) Adolescent dieters: who are they. *Am J Clin Nutrition*. 20*
- EISLER, I. (1995) *Family models of eating disorders*. En Szmulker G, Dare C, Treasure J, eds. *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. New York: John Wiley*
- ERICKSON (1972) In LEMAY, M. (1988) *psychopathologie juvénile: Les désordres de la conduite chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Edition Fleurus
- FAIRBURN, C. (1994) In Herscovici, C. (1997) *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artes Médicas
- FAIRBURN, C.G. & GARNER DM (1988) *Diagnostic criteria for anorexia nervosa and bulimia nervosa: The importance of attitudes to shape and weight*.
- FAIRBURN, C.G., & WILSON GT. (1993) *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.*
- FAIRBURN, C.G., (1981) Cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11.*
- FAIRBURN, C.G., COOPER, Z. & COOPER, P.J. (1986) In KD Brownell & JP Foreyt (Eds) *Handbook of Eating Disorders: Psychobiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia*. New York: Basic Books
- FALLON, A. E. (1990) Culture in the mirror: socio-cultural determinants of body image. In Cash & Pruzinsky. *Body image: development, deviance and change*. New York: Guilford

-
-
- FEIGHNER, J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF, R., WINOKUR, G. & MUÑOZ, R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch General Psychiatr*.*
- FERGUSON, G.A. (1981) *Statistical Analysis in Psychology and Education* . by McGraw-Hill, Inc.USA. 5ª edição*
- FERNANDEZ F, TURÓN V. (1998) *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.*
- FERREIRA, J.P.L. (1997) A influencia de variáveis biossociais e de aptidão física na evolução do autoconceito/ imagem corporal em jovens entre os 16/16 anos e os 17/19 anos de idade com e sem sucesso escolar. *Dissertação de mestrado*: Faculdade de Motricidade humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- FISHER, S & CLEVELAND, S. (1968) *Body image and personality*. Dover Publications, New York, citado por RAUSTE -VON WRIGT, M.(1989)
- FLAVIGNY, H (1981) Psychopathologie du corps à l' adolescence. *Ann. Pédiat.*, 28*
- FOLSOM-MEEK, S. (1991) Relationships among attributes, physical fitness, and self concept development of elementary school-children. *Perceptual and Motor Skills*. 379-383
- FOMBONNE, E. (1995) Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *Br j psychiatry*; 166: 462-471
- FOMBONNE, E. (1996) Is bulimia nervosa increasing in frequency?. *Int J Eat Disor*; 19: 287-296
- FONSECA. A.C. e I. CAMPOS. (1990) Um inventário de percepção de si próprio para crianças e adolescentes. *Rev. Portuguesa de Pedagogia*. XXIV*.

- FONTENOT B., RASO J. Consuming Disorders .American Council on Science and Health 1999. <http://www.acsh.org/>
- FRANKO, D.L. & ZUROFF, D.C. (1992) The bulimic automatic thoughts questionnaire: inicial realibility and validity data. *Journal of Clinical Psychology*, 48.
- FRANZOI, S.L. & HERZOG, M.E. (1987) Judging phisical attractiveness: what body aspects do we use?. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 13, 19-33.
- FRENCH. S.A, JEFFERY, R.W. (1994) Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*; 13 (3)*
- FREUD. S. (1923) *The ego and the id*. Standard Edition
- FREUD. A. (1964) *Le Moi et les mécanismes de défenses*. P.U.F.*
- FREUD. S. (1966) *Trois Essais sur la théorie de la Sexualité*. Edit. Payot.*
- GAMEIRO, J. (1994) Terapia familiar na anorexia mental. *In psicologia*, vol. IX 3, 379-389*
- GAMEIRO, J. e cols. (1994) *Quem sai aos seus* Porto: Afrontamento*
- GARCIA, T. SAPLETON (1996) Perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa: estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica. *Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica*. ISPA
- GARCIA, T. STAPLETON (1989) Metamorfoses do corpo ou um estudo sobre a imagem corporal. *Rev. Horizonte* nº 34. vol.VI Nov-Dez.*
- GARD, M.C. & FREEMAN, C.P. (1996) The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 20(1)*

-
-
- GARDNER, R. M. & TOCKERMAN, Y. (1993) Body dissatisfaction as a predictor of body size distortion: a multidimensional analysis of body image. *Genetic, social and general psychology monographs*, 127-145.
- GARFINKEL, P.E., KENNEDY, S.H., KAPLAN, A.S. (1995) Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Can J Psychiatry*; 40. *
- GARFINKEL, P.E. (1993) In Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In *Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*.
- GARNER, D.M. & BEMIS KM (1982) A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa: *Cognitive Therapy and Research*, 6.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL PE (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol med*.
- GARNER, D.M. & GARFINKEL PE (1981) Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. *International Journal of psychiatry in Medicine*.
- GARNER D.M, GARFINKEL PE & BEMIS KM (1980) Multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*.
- GARNER D.M., GARFINKEL P.E. & O'SHAUGHNESSY M. (1985) The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*; 142. *
- GARNER, D.M., OLMSTEAD, M.P., BOHR, Y & GARFINKEL (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12.*
- GARNER D.M., OLMSTEAD M.P. & POLIVY J. (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory

for anorexia nervosa & bulimia. *International Journal of Eating Disorders*; 2: 15-34.

GARNER D.M. (1991) *Eating disorder inventory-2: professional manual*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources Inc.

GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E., SCHWARTS, D. & THOMPSON, M. (1980) Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.

GERLINGHOFF, M. & BACKMUND, H. (1997) *Anorexia e bulimia*. Lisboa: Presença.

GESSEL, A. (1943) In LEMAY, M. (1988) *psychopathologie juvénile: Les désordres de la conduite chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Edition Fleurus

GIANINI A. & SLABY A. *The eating disorders*. New York: Springer-Verlag, 1993.*

GILA A., CASTRO J. & TORO J. Subjective body-image dimensions in normal and anorexic adolescents. *Br J Medical Psychology* 1998; 71
*

GOC-DIAZ (1988) *La dépersonnalisation"* Encycl Méd. Chir. (Paris-France) Psychiatrie,37.

GOLDBLOOM, D.S. e cols. (1990) in GARFINKEL *Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência*. Edit. Artes Médicas. Porto Alegre.

GOLDFARB, L.A., DYKENS, E.M. & GERRARD M. (1985) The Gold-fard Fear of Fat Scale *Journal of Personality Assessment*, 49.*

GRAY, D.S. Diagnosis and prevalence of obesity. *Med Clin North Am* 1989;73.*

GREENFELD D., QUILAN D.M., HARDING P., GLASS E. & BLISS A. (1987) Eating brhavior in na adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*, 6.*

-
-
- GROISMAN & KUSNETZOF. (1984) *Adolescência e Saúde Mental*. Edit. Artes Médicas. Porto Alegre.*
- GRONLUND, N.E. (1988) *How to construct achievement tests* Prentice-Hall Inc. New Jersey. 4ª edit.*
- GULL (1974) cit in Torres, A. (1986) Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar: estudo clínico evolutivo. *Tese de Mestrado* da FCUP. Porto
- HAINAUT, L. (1992) *Conceitos e Métodos de Estatística*, vol I, II. Tradução do original de 1975, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.*
- HALMI, K.A., CASPER, R.C., ECKERT, E.D., GOLDBERG, S.C. & DAVIS, J.M. (1979) Unique features associated with the age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Res.*;1. *
- HALMI K.A., ECKERT, E.D., MARCHI, P., SAN PUGNARO, V., APLE, R. & COHEN, J. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. *Arch General Psychiatry*;48:712-8.
- HEARTHERTON E. BAUMEISTER (1991) Cit in Apfeldorfer G. (1995) *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Biblioteca Básica de Ciencia e Cultura. Instituto Piaget
- HEBE BRAND, J., HIMMELMANN, G.W., HESEKER, H., SCHAFER, H. & REMSCHMIDT, H. (1996) Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological, and therapeutic considerations. *International Journal of Eating Disorders*; 19:. *
- HERMAN, C.P. & POLIVY, J.A. (1984) A boundary Model for the Regulation of Eating.

- HERPETZ-DAHLMANN, B.M., WEWETZER, C., SCHULZ, E. & REMSCHMIDT H. (1996) Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*;19. *
- HERSCOVICI, C. (1997) *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artes Médicas
- HERZOG, D.B., KELLER M.B., SACKS N.R., YEH C.J. & LAVORI P.W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31 (5): 810-818.
- HILL, A.J. & SARAH OLIVIER. (1992) Eating in the adult world rise of dieting in childhood and adolescence
- HINSHELWOOD, R.D. (1992) *Dicionário do pensamento Kleiniano*. Porto Alegre. Artes Médicas.*
- HOF S. (1994) In Lázaro (1999) Epidemiología y factores socioculturales. <http://www.doyma.es/copiaini/revistas/jano/articulo>
- HSU G, CRISP & HARDING B (1979) Cit in Garcia T. Sapleton (1996) Perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa: estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica. *Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica*. ISPA
- HSU LK (1987) Are the eating disorders becoming more common in blacks. *International Journal of Eating Disorders* 6. *
- HSU LK (1996) Epidemiology of eating disorders. *Psychiatr clin North Am*
- HSU, L.K., LEE, S. (1993) Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 150. *
- HUDSON, J.I. & POPE, H.G. (1990) Affective spectrum disorder : does antidepressant response identify a family of disorders with a common psychophysiology? *Am J Psychiatr*; 147.*

-
-
- HUENEMANN & cols (1966) In Cathébras P, Fayard L. Rousset H. (1991) L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? *Rev Med Interne*, 12
- HUTCHINSON, M (1998) *Espelho meu, espelho meu*. Mem Martins: Europa-América
- ICD-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor: 1992.
- IGLÉSIAS. E.B. (1990) El diferencial Semântico en la medición de attitudes : adjectivos versus conceitos *Rev. Psicol. Geral. e Aplicada*. 43*
- JACKMAN, L.P., WILLIAMSON, D.A., NETEMEYER, R.G. & ANDERSON, D.A. (1995) Do weight-preoccupied women misinterpret ambiguous stimuli related to body size? . *Cognitive therapy and research*, 19.
- JEAMMET, P.H. AGMAN, G.; & CORCOS M; (1994) *Troubles des conduites alimentaires*. Editions Techniques- Encycl. Méd. (Paris-France) Psychiatrie, 37*
- JEAMMET, P.H (1994) *Dynamique de l'adolescence*. Edit. Techniques. Encycl - Méd. Paris France. Psychiatrie, 37.
- JEAMMET, P.H. (1984) *L' Anorexie Mentale*. Editions Techniques_Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie. (Paris- France) 37*
- JEAMMET, P.H. (1989) Psychopatologie des troubles des conduites alimentaires" *rev Confrontation psychiatriques* n.º 31.
- JERSILD (1952) In CORREIA, M. (1991) Autopercepção e auto-estima em crianças com repetência do 1.º ciclo do ensino obrigatório. In *psicologia*, vol. VIII 1, 45-55.

- JOHNSON & cols (1982) In Cathébras P, Fayard L. Rousset H. (1991) L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? *Rev Med Interne*, 12*
- JOHNSON & COLS (1983) A bulimic: a descriptive survey of 316 casos. *International Journal of Eating Disorders*
- JOHNSON, A.S, HILLARD, J.R. (1990) *Prevalence of eating disorders in the psychiatric emergency room*. *Psychosomatics*; 31: 337-341.*
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1990) Pocket handbook of clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins. 198-200*
- KEETON W.P., CASH T.F. & BROWN T.A.(1990) - *Body image or body images?: Comparative, multidimensional assessment among college students*" *Journal of Personality Assessment*, 54*
- KESTEMBERG, J, & DECOBERT, S (1972) Cit in Apfeldorfer G. (1995) *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Biblioteca Básica de Ciencia e Cultura. Instituto Piaget
- KLEINMANN, A. (1987) Anthropology and psychiatry. *Br J Psychiatry* 151*
- KOHUT.H. (1984) - *Self e Narcisismo*. Zahar Editores.*
- KRIDIS, N. & LEMOINE. C. (1991) *Adolescência et identité*. Edit. Hommes et Perspectives.*
- KUCZMARSKI, R.J., JOHNSON, C.L., FLEGAL, K.M. & CAMPBELL, S.M. (1994) Increasing prevalence of overweight among US adults. *Journal of the American Medical Association*.; 272. *
- LACAN, J. (1966) *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je*. In *Ecrits*, paris: Le Seuil
- LADAME, F. (1991) Puberty and psychological development. *Horm - res*. 36.*

-
-
- LASÈGUE (1873) *On hysterical anorexia. Reprinted In Kaufman & Heiman. Evolution of psychosomatic concepts. Anorexia nervosa: A paradigm.* New York: International Universities Press, 1964.
- LAUFER, M.E. (1991) Body Image, sexuality and the psychotic core. *rev. Intern. Journ. Psychoanal.* 72.
- LAUFER, M.E.(1983) Psychopathologie de l'adolescent: Quelques principes d'evaluation et de traitement. *in rev. Adolescence.*1*
- LAUFER, M.E.(1983) *The Breakdown.* in rev.Adolescence.1*
- LAWRENCE, B. (1991) Self-concept formation and physical handicap: some educational implications for integration. *in rev. Disability, handicap & Society*, vol. 6
- LÁZARO, L (1999) Epidemiología y factores socioculturales. Tema monográfico: <http://www.doyma.es/copiaini/revistas/jano/articulo>
- LEICHNER, P., ARNETT, J., RALLO, J.S, SRILCAMESUARAN, S, & VULCANO B. (1986) An epidemiological study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school-aged population. *International Journal of Eating Disorders*;5.
- LEMAY, M. (1988) *Psychopathologie juvénile: Les désordres de la conduite chez l'enfant et l'adolescent.* Paris: Edition Fleurus*
- LERNER,R. M. (1985) Adolescent maturational changes and psychosocial development : A dynamic interactional perspective. *J.Youth Adoles.*14.*
- LEWIN (1935) *A dynamic theory of personality*, McGraw Hill, University press, new York
- LOPES, J.A.L. (1993) Classificação em Psicopatologia da Infância e da Adolescência. *rev.trim.Psiquiatria Clínica.* 14*

- MABLE (1986) Body image distortion and dissatisfaction in university students. *Perceptual and Motor Skills*, 63.
- MAIRESSE, A.M.(1992) *Pensar, hablar, representar: Imagem del cuerpo y espejo sonoro*. Masson, S.A. 1ª. edição.
- MALAFAYA, A (1994) *Viver em harmonia*. Lisboa: Temas da Actualidade.
- MARCELLI & BRACONNIER (1988) *Psychopathologie de l'adolescent*. Masson. 2ª edit. Paris. Milão. B.M.
- MARCELLI. D. (1992) *Adolescência y depression*. Edit Masson, S.A. Paris. Barcelona. 1ª. edit.*
- MARSHALL, C. *Anorexia e Bulimia* (1991) in Craig R. entrevista clinica e diagnostica. Trad. Maria Adriano Verissimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 232-247
- MARSHALL, W.A TANNER, J.M (1970) Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Boys. *Archives of Disease in Childhood*, 45, 13.*
- MAZET. PH.; HOUZEL. D.(1979/1993) *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* Edit. Maloine. 1ª/ 3ª. edit.*
- MCDUGALL. J. (1991) Theaters of the body. *The International Journal of PsychoAnalysis*. vol. 72. part.2.*
- MELJAC. C.; M. STAMBACK; J. BERGÈS.(1979) *Manuel du test de Schema Corporel*. C. Psychologie. Appliquée. 2ª edit. Paris.*
- MILLER, M.N., VERHEGGE R.D., MILLER B.E. & PUMARIEGA A. (?) Assessment of risk of eating disorders in among adolescents in Appalachia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. *
- MITCHELL, J.E. e cols. (1987) Medical complications medical management of bulimia. *Ann Int Med*; 107.*

-
-
- MITCHELL, JE, MUSSELL M.P. (1995) Comorbidity and binge eating disorder. *Addictiv Behav*; 20 (6).*
- MIZES, J.S. & KLESGES, R.C. (1989) Validity, realibility, and factor struture of anoretic cognitions questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14.
- MIZES, J.S. (1990) Criterion-related validity of anoretic cognitions questionnaire. *Addictive Behaviors*, 15.
- MOITA, V. (1986) Modalidades de funcionamento psicológico no rapaz na fase pubertária. *rev. Análise Psicológica*. nº2 Jan-Março. pag. 241/252
- MORATO, P.P. (1986) Contributo para o estudo da forma corporal na imagem social do deficiente. *rev. Ludens* vol 11 nº1 Out-Dez. Universidade Técnica de Lisboa. I.S.E.F.
- MORGAN & RUSSEL (1975) Cit in Garcia T. Sapleton (1996) Perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa: estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica. *Dissertação de Mestrado* em Psicopatologia e Psicologia Clínica. ISPA
- MOURA, E. (1947) *Anorexia mental*. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis.
- MWAMWENDA, T.S. (1991) Sex differences in self-concept among african adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 191-194.
- NASSAR, M (1988) Eating disorders: the cultural dimension. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 23. *
- NETO, F (1988) *Sociological factors in the Development of eating disorders*. Adolescence, vol 27. No. 105, Spring 107-113*

- NEWTON, J.R., FREEMAN, C.P. & MUNRO, J. (1993) Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatr Scand*; 87.*
- NIKOLIC, S. (1987) L'adolescence. Problème d'identité et constitution du Soi *Psychiatrie de l'enfant*, vol.XXX 2.*
- NUNNALLY, J. (1970) *Psychometric Theory*. New York, McGraw-Hill*
- NYLANDER, J. (1971) The feeling of being fat and dieting in school population: *Epidemiological interview investigation*.
- OFFMAN, H.J & BRADLEY, S.J. (1992) Body image of children and adolescents and its measurement:: an overview. *Can - J - Psychiatry*. 1992 Aug; 37 (6): 417 - 22. English*
- PAIXÃO, R. (1991) Conceitos de homogeneidade/heterogeneidade nos grupos de iguais. *Dissertação de doutoramento Psicologia*. F.P.C.E.C. Universidade de Coimbra.
- PANKOW, G. (1976) Image du corps et object transitionnel. *Revue française de psychanalyse*, 2.
- PAPINI.,D.R. SEBBY.R.A.(1987) Adolescent Pubertal Status and Affective Family Relationships: A Multivariate Assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, vol.16, n°1*
- PARK, C.(1991) *A structured group programme for disfigured patients*. Rehabilitation in S.A., Junie.*
- PATE, J.E., PUMARIEGA, A.J., HESTER, C. & GARNER, D.M. (1992) Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31.*
- PETERSEN e cols. (1988). Self-reported Pubertal Status. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. n° 19.

-
-
- PETERSEN, A. C. & Cols. (1984) A self-image questionnaire for young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*.
- PETERSEN, A. C. (1985) *Pubertal development as a cause of disturbance: myths, realities, and unanswered questions*. Genetic, Social and General Psychology Monographs, 111.*
- PHELAN, P.W. (1987) Cognitive correlates of bulimia: the bulimic thoughts questionnaire. *Int J. Eat. Disorders*, 6.
- PHELPS, L., ANDREA, R., RIZZO, F.G., JOHNSTON, L. & MAIN C. (1993) Prevalence of self-induced vomiting and laxative/medication abuse among female adolescents: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 14. *
- PINTO-GOUBEIA, J. (1990) Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. *Dissertação de Doutoramento em Psicologia clínica*: Faculdade de psicologia e Ciências da educação da universidade de Coimbra.
- PINTO-GOUBEIA, J. (1990) *Psicopatologia do desenvolvimento e perturbações do comportamento alimentar. Psicopatologias do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*. (Ed. Isabel Soares) Quarteto. No Prelo.
- PIRAM, N., KENEDY, S., GARFINKEL, P.E. & OWENS M. (1985) Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Dis* 173.
- POMMEREAU, X (1998) *Quando o adolescente se sente mal... é preciso ouvi-lo, compreendê-lo e amá-lo*. Lisboa: Terramar*
- POPE, H.G, HUDSON, J.L. & YURGELUN-TODD D. (1984) Prevalence of anorexia and bulimia in tree student populations. *Int J Eating Dis*; 3
- PRINCE, R. (1983) Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? *Transcultural Psychiatric Research Review* 20. *

- PRYOR T., WIEDERMAN, M. & MCGILLEY, B. (1996) Laxative abuse among women with eating disorders: an indication of psychopathology? *Inter J Eating Diseases*; 20 (1).*
- PUMARIEGA, A.J (1986) Acculturation and eating attitudes in adolescent girls: a comparative and correlational study. *J Am Acad Child Psychiatry* 25(2).
- PUMARIEGA, A.J., GUSTAVSON, C.R., GUSTAVSON, J.C. e cols. (1994) Eating attitudes in African-American women: the Essence eating disorders survey. *Eating Disorders* 2(1). *
- RAICH R.M., MORA M., SOLER ^a, ÁVILA C., CLOS I. & ZAPATER L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud* 1.*
- RAICH R.M., TORRAS, CLARASSÓ, J. & MORA, M. (1997) Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual* 1 (5).*
- RAPPAPORT, C. R. & cols. (1992) *Psicanálise: Introdução à Praxis*. P.U S. Paulo.*
- RASTAM M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;30:283-9. *
- RAUSTE-VON WRIGHT,M. (1989) Body Image Satisfaction in Adolescent girls and boys: A Longitudinal study. *J.Youth and Adolescent*, vol.18, n°1*
- REICH, W., COTTLER, L., MCCALLUM, K., CORWIN, D. & VAN EERDEWEGH M. (1995) Computerized interviews as a method of assessing psychopathology in children. *Compr Psychiatry* 36. *
- RICHMAN, C.L., CLARK, M.L. & BROWN, K.L. (1985) General and specific self-esteem in late adolescent students: race by gender by sex effects. *Adolescence*, XX.

-
-
- RITENBAUGH, C., SHISLAK, C. & PRINCE, R. (1992) Eating disorders: a cross-cultural review in regard to DSM-IV. In: *Cultural Proposals for DSM-IV*. Mezzich JE, Kleinman A, Farga H e cols., eds. Submitted to the DSM-IV Task Force by the NIMH Group on Culture and Diagnosis. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- ROBINSON, T.N., KILLEN J.D., LITT I.F. e cols. (1996) Ethnicity and body dissatisfaction: are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *J Adolesc Health* 19(6):384-393.
- RODRIGUES, D.A. (1987) O Corpo, espaço e movimento. *Tese de doutoramento* Universidade Técnica de Lisboa. Instituto superior de Educação Física.*
- ROSEN, J.C. (1995) *Assessment and treatment of body image disturbance*. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press*
- ROSEN, JC. (1996) Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; 20.*
- ROSENBERG, M. (1979) *Conceiving the self*. New York: Basic
- ROSENBERG, M (1985) *Self-concept and psychological well-being in adolescence*. In *The development of self*. Orlando: Academic press, 55-121
- ROWLAND, C.V. (1970) Anorexia and obesity. *Int Psychiatry Clin* 7(1). *
- RUDERMAN, A.J & GRACE P.S. (1987) Restraint, bulimia and psychopathology. *Add Behav*; 12.*
- RUSSEL, G.F.M. (1970) In Garner DM. (1991) *Eating disorder inventory-2: professional manual*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources Inc; .

- RUSSELL, G.F.M (1997) *The history of bulimia nervosa*. In: Handbook of Treatment for Eating Disorders, Garner DM, Garfinkel PE, eds. New York: Guilford Press.
- RUSSELL, G.F.M. (1979) Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*; 9: 429-448.
- RUSSELL, G.F.M. (1987) *Anorexia and bulimia nervosa: Child and Adolescent Psychiatry*. Artes Médicas. Porto Alegre.*
- SAMI-ALI. (1993) *Corpo real, corpo imaginário*. Porto Alegre: Artes Médicas
- SAMPAIO, D. e cols. (1998) *Vivemos livres numa prisão*. Lisboa: editorial caminho
- SANGLADE (1983) Cit in Garcia T. Sapleton (1996) Perturbação da imagem corporal na anorexia nervosa: estudo exploratório de uma técnica de distorção fotográfica. *Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica*. ISPA
- SCALON, E., OLLENDICK, TH. & BAYER, K. (1986) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.
- SCHILDER, (1981) *A imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São paulo: Martins Fontes*
- SCHILDER, P. (1935) *The image and appearance of the human body*. London: Paul, Trencg and Trubner
- SCHILDER, P. (1968) *L'image du corps*. Coll. Connaissance de l'inconscient. Paris: N.R.F. Galimard*
- SCHONFELD, W.A. (1982) *Le développement de l'adolescent: ses déterminants biologiques, psychologiques et sociologiques*. in Psychiatrie de l'adolescent, 1ºvol

-
-
- SCHONFELDER, T. (1988) Mères et leurs filles en puberté. Rev. Semestrel *Confrontations Psychiatriques*, n°29.*
- SCHOTTE, D.E., McNALLY, R.J. & TURNER, M.L. (1990) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.
- SCHULMAN, R.G., KINDER, B.N. POWERS, P.S. & PRANGE, M. (1986) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.
- SELVINI-PALAZZOLI (1974) *Self-starvation*, London, Chaucer Publishing Co. Ltd.
- SERRA, A.V (1972) A influencia da personalidade no quadro clínico depressivo *Dissertação de Doutoramento*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.*
- SERRA, A.V (1994) *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão* Edição Psiquiatria Clínica. Coimbra, 1994. 1ª edição.
- SHAVELSON, R.J. & BOLUS (1982) Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of educational psychology*. 74
- SHONTZ, F. (1969) *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic Press
- SHORE, R.A. & PORTER J.E. (1990) Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*; 9.
- SILBERSTEIN, L.R. e cols. (1988) *L'image du corps*. Edit. Gallimard.

- SILBERSTEIN, L.R. e cols. Behavioral and Psychological implications of body dissatisfaction: do men and women differ? in rev. *Sex Roles*. vol 19, Nos.3/4. pp 219-232*
- SIVADON, P. & ADOLFO, F-Z. (1986) Corps et thérapeutique: une psychopathologie du corps. P.U.F. Paris.*
- SKINNER, H.A., STEINHAEUER P.D. & SANTA-BARBARA J. (1991) *The family assessment measure*. Toronto: Multi-Health Systems *
- SLADE, P.D. & BRODIE, D. (1994) Body image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on recente literature. *Eating Disorders Rev*; 1 (2)
- SLADE, P.D., RUSSELL G.F.M. (1973) Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional & longitudinal studies. *Psychological Medicine*; 3: 188-199.
- SLEPOJ, V. (1998) *Compreender os sentimentos*. Lisboa: Editorial Presença
- SPITZER, DEVLIN & WALSH (1992) Cit in Herscovici, C. (1997) *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artes Médicas
- STEIGER, H., PUENTES-NEUMAN G., & LEUNG F.Y. (1991) Personality and family features of adolescent girls with eating symptoms: evidence for restrictor/binger differences in nonclinical population. *Addict Behav*; 16*
- STEINHAEUER, P.D. (1984) Clinical applications of the process model of family functioning. *Can J Psychiatry*; 29*
- STROBER, M & KATZ J (1987) Do eating disorders and affective disorders shares a common etiology? *Int J eating Dis*; 6
- SWIFT, W.J, ANDRES, D. & BARKLAGE N.E. (1986) The relationship between affective disorder and eating disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry*; 143*
- SZCZEDRIN, I. (1999) *Os quilos da amargura*. Lisboa: Dom Quixote*

-
-
- SZMUCLER, G., DARE C. & TREASURE J. (1994) Handbook of eating disorders. New York: John Wiley.*
- TATOSSIAN, A., GLEZER & G.GAZILE. (1989) Les comportements de grève de la faim. *.ConfrontationsPsychiatriques*, nº31. Paris.
- TAYLOR, M.J. & COOPER, P.J. (1992) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.
- THOMAS P., TURÓN V., SÁNCHEZ-PLANELL L. & VALLEJO J. (1992) Relación entre bulimia nerviosa y depresión. *Rev Psiquiatr Fac Med Barna*; 19.*
- THOMAS, C.D. & RICHARD, J.F.(1990) The Body Esteem Scale: construct validity of the female subscales. *Journal of Personality Assessment*, 54*
- THOMPSON, J.K. (1990) *Body image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press,.*
- THOMPSON, D.A., BERG, K.M. & SHATFORD, L.A. (1987) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.
- TORO J., SALAMERO M. & MARTÍNEZ E. Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Act Psychiatr Scand* 1994; 89.*
- TORO J, & VILARDELL E. (1987) *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca,.*
- TORO, J. CANTÓ, T.J., CASTRO, J., LÁZARO, L., MARTÍNEZ, M., ESCURSELL R.M., PLANELL & TURÓN, GIL. (1999) transtornos del

comportamiento alimentario.

<http://www.doyma.es/copiaini/revistas/jano/articulo>

- TORO, J. (1997) Actividad física y transtornos del comportamiento alimentario. *Rev Psiquiatr Infan Juv*; 4: 221-225.*
- TORO, J. (1996) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel,.*
- TORO, J., CASTRO J., GARCIA M., PEREZ P. & CUESTA L, (1989) Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *Brit J Med Psychol*.
- TORRES, A. (1986) Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar: estudo clínico evolutivo. *Tese de Mestrado* da FCUP. Porto
- TREASURE, J. & HOLLAND, A. (1995) Genetic factors in eating disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J, eds. *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. New York: John Wiley,; 65-81.*
- TROIANO, R.P., KUCZMARSKI, R.J., JOHNSON, C.L., FLEGAL, K.M. & CAMPBELL, S.M. (1995) Overweight prevalence and trends for children and adolescents: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1963 to 1991. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 149:1085-1091. *
- TUCKER, L.A (1983) Dimensionality and factor satisfaction of the body image construct: a gender comparison. *Sex roles*, 931-937
- TURÓN, V. (1997) Epidemiología y clínica de la bulimia nerviosa. En: Turón V. *Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson.
- VANDEREYKEN, W. & PIERLOOT (1983) The significance of subclassification in anorexia nervosa: a comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychological medicine*, 13.

-
-
- VANDEREYKEN, W. *Handbook of eating disorders*. Part. 1. New York: Elsevier, 1987.*
- VARANDAS, P. (1993) *Anorexia, corpo e cultura – uma relação de equívocos*. In *Forum Sociológico – Instituto de estudos e de Divulgação Sociológica*, 181-187*
- VASCONCELOS, M.ºF (1995) *A Imagem no período peripubertário. Comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural*. *Dissertação de Doutoramento* não publicada, Universidade de Braga
- VENISSE, J. (1986) *L'anorexie mentale*. Saint-Germain: Press Universitaire de France
- VINDREAU.,CH; HARDY.,P (1987) *Les conduites boulimiques*. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*. Paris-France*
- VITOUSEK, K. M. & ORIMOTO, L (1993) *Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity*. In P Kendall & K. Dobson (Eds) *Psychopathology and cognition*. New York: Academic Press.*
- VITOUSEK, K.M. (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In *Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*.
- VITOUSEK, K.M., ORIMOTO & EWALD (1995) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In *Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*.
- VITOUSEK, K.B., DALY, J., & HEISER, C. (1991) Cit in Vitousek KM (1995) *The Current Status of Cognitive-Behavioral Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. In *Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*.

- VITOUSEK, K.M. & HOLLON, S.D. (1990) The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*.
- WELCH, S.L. & FAIRBURN, C. (1996) Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry*; 169 (4).*
- WHEELER, M.D. & D. M. STYNE. (1990) *Diagnóstico e Tratamento da Puberdade Precoce*. Clínicas Pediátricas da América do Norte. vol.6. Interlivros Edit.*
- WHITAKER, L.C., DAVIS, M. & SHAFFER, D. (1989) The struggle to be thin: a survey of anorexia and bulimia symptoms in a "non-referred" adolescent population. *Psychol Med*; 19
- WHITAKER, LC & DAVIS, M (1989) *The bulimic College Student*. New York: Haworth
- WIEDERMAN, M.W. & PRYOR, T. (1997) Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *Inter J Eating Diseases*. 21.*
- WIEDERMAN, M.W. & PRYOR, T. (1996) Multi-impulsivity among women with bulimia nervosa. *Inter J Eating Diseases*; 20.*
- WINNICOTT, D.W.(1975) *Jeu et réalité*. Gallimard. Paris.
- WOLF, N. (1994) *O mito da beleza*. Lisboa: Difusão Cultural.*
- WONDERLICH, A.S. & MITCHELL, M.D. (1992) Eating disorders and personality disorders. En: Yager J, Gwirsman H, Edelstein CK, eds. Special problems in managing eating disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press.*
- YATES W.R, SIELENI B. & REICH J. (1989) Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *J Clin Psychology*; 50.*

YELNIK, C. (1988) *Le corps, pour le psychotique: un espace à reinvestir*. La Psychiatrie de l'enfant, vol XXXI, 2.*

YOST, H.J.; STROBE, M.J. & BAILEY, J.R. (1992) *the construction of the self*. Vol11. Current Psychology